UNIVERSITÉ PARIS VII

FACULTÉ DE MÉDECINE LARIBOISIÈRE - SAINT-LOUIS

Année 1973 N° 77

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

Daniel LADOVITCH
Né le 4 Décembre 1942 à Brioude (43)

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DES VISITES A DOMICILE DANS L'ACTIVITÉ PSYCHIATRIQUE DE SECTEUR

Président de Thèse : Monsieur M. GAULTIER (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS 6e
1973

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542716_0023

UNIVERSITÉ PARIS VII

FACULTÉ DE MÉDECINE LARIBOISIÈRE - SAINT-LOUIS

Année 1973 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

Daniel LADOVITCH
Né le 4 Décembre 1942 à Brioude (43)

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DES VISITES A DOMICILE DANS L'ACTIVITÉ PSYCHIATRIQUE DE SECTEUR

Président de Thèse : Monsieur M. GAULTIER (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS 6e
1973

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mon Père,

A ma Mère,

A mon frère.

A Monsieur le Professeur M. GAULTIER

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Que je remercie respectueusement d'avoir

bien voulu présider cette thèse

A Mademoiselle le Docteur H. CHAIGNEAU

à qui j'exprime ma profonde reconnaissance

pour avoir bien voulu guider mes premiers

pas en psychiatrie.

A Monsieur le Docteur G. BAILLON

à qui j'exprime ma profonde gratitude

pour nous avoir appris à apprendre :

savoir écouter, parler librement et

ouvertement, c'est-à-dire les bases

solides d'une formation réelle.

A PROPOS DES VISITES A DOMICILE

DANS L'ACTIVITE PSYCHIATRIQUE DE SECTEUR

-:-

INTRODUCTION

Les thèses du secteur sont nées aux Journées Psychiatriques de 1945 et ne deviendront que 15 ans plus tard la doctrine officielle du Ministère. Il y a 13 ans donc, par une circulaire en date du 15 Mars 1960, des instructions étaient données aux services de la Santé Publique, pour mettre en oeuvre une politique nouvelle de lutte contre les maladies mentales, politique qui devait aboutir grâce à un dispositif adapté, à l'abandon de la conception "asilaire" traditionnelle du traitement des malades mentaux. Il faut signaler que cette doctrine a eu beaucoup de mal à démarrer et qu'actuellement les réalisations sont encore parcellaires et incomplètes. Cette politique officielle de sectorisation prescrit à chaque département d'établir "un programme d'organisation et d'équipement " pour permettre la mise en place d'un dispositif mieux adapté et plus efficace de lutte contre la maladie mentale. Cette politique doit permettre de réduire la durée d'hospitalisation et d'éviter les rechutes grâce aux structures extra-hospitalières : hôpitaux de jour, hôpitaux de nuit, foyers de postcures, centres d'aide par le travail et ateliers protégés, dispensaires d'hygiène mentale qui constituent le pivot de l'activité extra-hospitalière et qui parfois se prolongent par l'organisation de services de soins à domicile. La psychiatrie de secteur prend en charge l'ensemble des problèmes individuels, familiaux ou collectifs de santé mentale, qui surgissent dans une tranche de population d'environ 70.000 habitants, tranche définie par un secteur géo-démographique ; ainsi, les hommes et les femmes, les jeunes et les vieux d'une même commune ont la même équipe psychiatrique. L'appareil de psychiatrie publique de secteur est unitaire, il comprend une équipe unique mais multi-disciplinaire : un médecin-chef, des médecins-assistants ou internes, des psychologues, une assistante sociale, des infirmiers (infirmiers-visiteurs, infirmiers des services, infirmières de postcure), des éducateurs (services d'enfants), des secrétaires.

En définissant cette sectorisation et à côté de la mise en place de nouvelles structures, les textes officiels, dans leur esprit sinon dans leur lettre, nous invitent à la pratique des visites à domicile.

J'ai pu me permettre de faire cette étude après l'expérience apportée, pendant près de deux ans, par mes fonctions d'interne de pavillon à l'hôpital psychiatrique et de médecin-vacataire au dispensaire et ceci dans un secteur de Seine-Saint-Denis. Ce secteur prend en charge les populations de deux communes et demie (soit environ 80.000 habitants). Ce secteur repose sur deux pôles : d'une part le service hospitalier comprenant trois pavillons (deux pavillons d'hommes et un pavillon de femmes), et d'autre part le dispensaire d'hygiène mentale (accouplé avec le dispensaire antituberculeux).

Dès la mise en place effective de ce secteur en Octobre 1971, tout en prenant en charge des malades du dit secteur, nous avons été amenés, à partir de l'hôpital et surtout du dispensaire, à sortir de nos lieux de travail. Notre confrontation avec les perturbations médicales et psycho-sociologiques présentées par les malades a entraîné une espèce de dynamique qui, de proche en proche, nous a conduit à suivre certains malades jusque chez eux. A côté des deux activités "classiques" et traditionnelles du secteur : la prise en charge hospitalière et la consultation duelle au dispensaire, nous avons longuement discuté et discutons toujours de projets d'hôpital de jour, d'atelier, de groupe de psychotiques. Mais dès le début, et sans réflexion préalable, sans doute parce qu'indispensable et ne pouvant attendre, une activité est née spontanément : c'étaient les visites à domicile. Ces visites à domicile, de par leurs indications, leur fréquence, leur déroulement, la manière dont elles sont vécues par le soigné, l'entourage et l'équipe soignante, selon qu'elles apportent des médicaments, une hospitalisation, un soutien psychothérapique, une dynamique bénéfique dans le champ relationnel socio-familial, sont très diverses dans leur

signification thérapeutique.

Dans un premier chapitre, je traiterai de IO observations de malades dits "mentaux". Je rapporterai leur biographie de façon parfois assez détaillée ; j'exposerai leur situation sociale, familiale ; je dépeindrai leur personnalité, leur pathologie (les symptômes, les diagnostics, les traitements mis en oeuvre). L'histoire de ces malades mentaux doit être parfois assez développée, voire remonter loin dans le temps afin de faire mieux connaissance et d'ainsi mieux saisir dans quel contexte et pour quelles raisons les visites à domicile ont été effectuées. Mon choix des malades a été essentiellement guidé par un souci d'expérience personnelle vécue, aussi tous ces malades dont je parle, j'en ai assuré ou en assure encore la prise en charge médicale ; de même, j'ai effectué personnellement les visites à leur domicile, soit seul, soit accompagné de l'assistante sociale ou de l'infirmière du dispensaire. Chacune de ces histoires sera complétée par quelques réflexions personnelles et d'autres non personnelles (citations). Je me limiterai à des considérations de psychiatrie adulte, non pas parce que la psychiatrie infantile doive en être dissociée, mais parce que je n'ai pratiquement aucune expérience au niveau des enfants. A partir de ces observations, dans un deuxième chapitre, je tenterai d'exprimer quelques réflexions théoriques sur les différents types de visites à domicile, leur opportunité, leurs indications, leurs limites.

C H A P I T R E I

A propos de IO observations de malades mentaux et de la place des visites à domicile au cours de leur histoire.

Observation N° I, Madame A.

I°. L'histoire de Madame A :

En novembre 1972, Madame A est hospitalisée à l'Hôpital psychiâtrique X, elle est adressée par le CPOA où elle a été conduite depuis un hôpital général après avoir erré dans Paris, au milieu de la nuit, avec ses deux enfants âgés de 9 ans et 1 an. Au CPOA, elle se présente calme, expliquant dans un discours marqué par des incohérences qu'elle est partie de chez elle à la recherche de ses frères pour fuir son ami qui lui avait fait comprendre qu'il la trompait. Cette conduite s'inscrit dans une nouvelle rechute paranoïde chez cette patiente qui était suivie régulièrement en postcure ; on observe à ce moment : une prévalence des troubles du cours de la pensée, et un vécu délirant persécutif et jaloux à mécanisme essentiellement intuitif et interprétatif avec recherche d'aide auprès de ses frères ou de ses soignants. Madame A se sent très fatiguée, elle accepte les propositions de soins et d'hospitalisation.

Ainsi Madame A arrive à l'Hôpital X en service libre, je fais sa connaissance en garde : il s'agit d'une grande femme brune, assez corpulente, plutôt jolie, maquillée assez outrageusement et âgée actuellement de 29 ans. Cette dame était suivie sur le plan psychiatrique depuis une douzaine d'années (soit depuis l'âge de 17 ans) et avait déjà subi 4 hospitalisations antérieures à l'hôpital psychiatrique W, la dernière ayant eu lieu en placement volontaire de Janvier à Juin 1972. Ses parents, avec lesquels elle ne s'entendait pas, ont divorcé quand elle avait 4 ans et sont actuellement décédés : la mère est morte il y a deux ans, le père est mort il y a un an et demi. Madame A a six frères (48, 44, 37, 35, 34 et 32 ans), elle est la seule fille de la famille et la

cadette, ses frères la rejettent, la rendant responsable de la mort de leur mère, sauf le frère cadet avec lequel elle a gardé quelques contacts. Il y a une dizaine d'années, Madame A a connu un jeune homme, plus ou moins asocial, plus ou moins malade mental lui-même, qui s'adonnait à la prostitution homosexuelle pour gagner sa vie ; de cette union naquit son fils aîné, actuellement âgé de 9 ans, qui est bien portant et suit une scolarité normale. A ce moment, elle vivait avec sa mère qui s'opposait à son mariage : elle se marie tout de même deux ans plus tard avec le père de son enfant. Il y a trois ans, Madame A divorce, elle obtient tous les droits pour elle et en particulier la garde de l'enfant. Depuis trois ans, elle vit maritalement avec Monsieur V, peintre en bâtiment âgé de 34 ans, lui-même ayant encore ses parents et faisant partie d'une nombreuse fratrie de douze enfants. De cette seconde union, est né le deuxième fils âgé de 1 an et qui est bien portant. Madame A a été scolarisée normalement jusqu'à l'âge de 14 ans puis a occupé divers emplois : femme de ménage, manutentionnaire dans une usine d'outillage, vendeuse ; elle ne travaille plus depuis de nombreuses années. Sur le plan somatique, il n'y a pas d'antécédents médico-chirurgicaux notables, l'enfance a été marquée par une instabilité et des conflits fréquents avec la famille, par laquelle elle se sent méprisée. La première décompensation psychotique nette est apparue il y a 12 ans au moment où l'un de ses meilleurs amis a été tué à la guerre d'Algérie, le processus schizophrénique s'est ensuite aggravé à l'occasion des conflits divers et des accouchements.

Madame A a une présentation dépressive avec des pleurs, un discours monocorde ; on note des incohérences dans le discours, des coq-à-l'âne, le cours de la pensée est flou, le débit verbal est discontinu avec des barrages ; on observe une reconstruction délirante assez floue sur un mode interprétatif avec des idées d'indignité, des idées de persécution : "... c'est un coup monté... " ; avec des thèmes de jalousie "...ses frères et sa prétendue soeur me veulent du mal, ils veulent nous séparer... ce n'est pas sa

vraie soeur, j'en suis sûre , mais il est fidèle... Il me fait du mal parce que l'on s'aime..." De temps en temps, Madame A a des troubles du comportement : passages à l'acte brutaux et impulsifs (par exemple, elle se jette contre une fenêtre et se fait des coupures aux deux avant-bras, coupures importantes que l'on devra suturer). Au total, Madame A apparaît à ce moment-là comme une schizophrène en période de rechute délirante majeure de type paranoïde sur un fond de dépression atypique. Elle reçoit un traitement injeinjectable : Halopéridol IM I ampoule + Largactil IM 1 ampoule + Heptamyl IM I ampoule, matin et soir ; et par voie orale : Artane 5 N° 3 ; Pertofran N° 4 ; Mogadon N° I.

Au pavillon, Madame A est très asthénique, les éléments directement délirants disparaissent, mais le discours reste monocorde, répétitif, inaffectif ; elle recherche pourtant activement le contact. Puis Madame A se met à réclamer souvent de l'Artane 5 alors qu'elle en a déjà eu et il nous semble qu'elle est en train de développer une toxicomanie vis-à-vis de ce produit. Finalement en Décembre, on observe une stabilisation (sur un mode assez hystérique, il est vrai) et nous décidons que le travail d'autonomisation par rapport à la famille sera entrepris au niveau du dispensaire ; aussi, Madame A sort au bout d'un mois avec comme traitement : Halopéridol 2 fois XXX gouttes ; Largatrex 25 N° 2 ; Dogmatil Fort N° 2 ; Heptamyl n° 2 ; Artane 5 N° 2.

Elle vient à la consultation du dispensaire : elle est anxieuse, elle montre un certain laisser-aller dans la tenue de ses enfants et en même temps semble "s'accrocher" à eux ; la stabilisation semble bien fragile. Puis Madame A ne vient plus au dispensaire, et la prise de médicaments est bien irrégulière et fantaisiste, une chose est sûre, c'est qu'elle utilise massivement l'Artane comme euphorisant. Aussi en janvier et février 1973, notre inquiétude vis-à-vis de son état amène l'interne qui la suit à faire plusieurs visites à domicile et finalement à l'hospitaliser à nouveau en service libre en Mars 1973 : Madame A s'est mise à boire, elle

est insomniaque, logorrhéique, le délire à thèmes persécutifs a repris, elle montre une certaine confusion au niveau du temps et des personnes, et son ami, épuisé, ne peut plus la supporter. A l'hôpital, elle apparaît discordante, délirante, anxieuse avec des préoccupations au niveau des médicaments et par ailleurs, elle présente une certaine indifférence affective. Ses enfants sont placés dans la belle-famille, afin de faciliter les conditions de sortie et permettre une prise en charge plus étroite au dispensaire. Madame A reçoit un nouveau traitement d'attaque, l'amélioration apparaît rapidement et après des permissions d'essai, elle sort un mois plus tard en Avril 1973, avec comme traitement : Dépamide n° 4 ; Tripéridol 3 fois XX gouttes ; Largatrex 25 N° 2 ; Disipal 100 N°2; Séresta 50 n° 4.

2°. Une hospitalisation de Madame A, une visite d'intervention :

Huit jours plus tard, Monsieur V arrive au dispensaire, il est très anxieux, très fatigué, et nous demande d'intervenir au plus vite : Madame A est depuis 24 heures dans un état d'agitation extrême. Son psychiatre traitant étant absent, je décide de faire une visite immédiate en compagnie de l'infirmière du dispensaire. Nous arrivons dans un tout petit trois pièces, vétuste, sale où règne un désordre indescriptible. Madame A est échevelée, livide, les yeux injectés, elle a consommé de l'alcool par-dessus ses médicaments, elle délire, elle tient des propos incohérents, son discours est haché, chaotique, ponctué tout à tour par des pleurs, ou par un petit rire immotivé, désagréable. Madame A semble ne pas avoir supporté la solitude, elle a perdu son repère qu'était les enfants pour une image d'elle-même satisfaisante et ceci a favorisé l'envahissement à nouveau du champ de sa conscience par des idées de persécution sous forme de méchancetés et tracasseries du voisinage et de la famille. Ce délire est véu intensément et conduit Madame A à des troubles majeurs du comportement : elle reste de longues minutes affalée par terre les bras en croix sur le carrelage de la cuisine,

elle hurle la nuit ameutant les voisins et empêchant son ami de dormir, elle casse la vaisselle et jette divers objets à travers la pièce. Il est certain que la dernière sortie de l'hôpital a eu lieu trop tôt et devant une pathologie extériorisée de façon aussi violente, je décide d'hospitaliser à nouveau Madame A. Cette dernière accepte volontiers son hospitalisation et va même voir à la fenêtre si l'ambulance arrive, en attendant, elle ne tient pas en place : elle se lève, elle fait quelques pas, elle s'asseoit, se relève, va et vient, se couche sur le divan et ceci de façon incessante ; elle me tient des propos incohérents, faits de bouts de phrases alignés les uns derrière les autres sans rapport entre eux, puis elle se sent mal et pour finir, me vomit sur les chaussures ! Madame A se met à pleurer et l'infirmière s'emploie à la calmer et à la rassurer ; finalement, l'ambulance arrive et nous libère d'une situation bien pénible.

Ce type de visite à domicile est la visite impérative, unique, brutale, qui conduit à l'hospitalisation immédiate : c'est la visite d'intervention. Dans ce cas-ci, la malade accepte cette solution mais, dans d'autres cas le patient peut refuser violemment l'hospitalisation, plaçant ainsi les soignants dans un rôle d'agresseurs culpabilisés, de psycho-policiers ayant mauvaise conscience, rendant la situation extrêmement difficile. Dans une période aussi aiguë, aussi dramatique, avec un risque certain de dangerosité, l'hospitalisation immédiate en milieu spécialisé est la seule façon de débloquer sur le moment cette situation paroxystique. On peut se demander quelle est la signification d'une telle conduite d'un thérapeute par rapport à une intervention policière, qui prend le rôle de l'autre ? Je pense, quant à moi, que dans tous les cas où c'est possible (idéalement dans tous les cas de manière absolue), l'intervention médicale est préférable, d'abord parce qu'elle ne débouche pas automatiquement sur un placement d'office et d'autre part parce qu'à tous moments, même les plus difficile, le malade a le droit d'avoir auprès de lui un soignant. Je ne pense pas

qu'il faille attendre que l'intolérance vis-à-vis du malade arrive à son point de rupture et nécessite l'intervention policière et l'hospitalisation d'office, reléguant ainsi l'équipe psychiatrique de secteur dans une attitude expectative, attendant les "signalements" divers, attitude qui ressemble fondamentalement à celle du psychiatre "aliéniste" de naguère.

"Il convient de ne pas confondre visite à domicile et la "visite domiciliaire à l aspect policier". En effet, même camouflé, il y a souvent le désir de l'équipe de voir, de diriger et de mettre à sa merci l'objet dont on a légitimement à s'occuper ; ceci risque d'infléchir très gravement la façon d'être et de faire. Le malade n'est pas quelqu'un que nous devons remettre dans le droit chemin, à qui,il faut faire la leçon, apprendre des règles de morale et même seulement d'hygiène. C'est un être humain qui souffre et à qui, s'il le désire (en l'exprimant ou non), nous pouvons apporter l'éclairage de notre technique pour qu'il en prenne ce qui lui permettra de vivre plus à l'aise dans son entourage. Il nous faudra être disponible et non pas devancer sa demande au nom de ce que nous imaginons en fonction de nos propres valeurs morales ou sociales. "

(Colloque de Chambéry : "Les Visites à domicile" ; rapport présenté par une équipe soignante de l'Hôpital Charcot à Plaisir ; inédit ; Mars 1973 ; p.29.)

Observation N° 2, Monsieur BI, Monsieur B2, Monsieur B3.

Cette observation est en fait une triple observation. Je regroupe ces trois malades, car ils ont en commun deux points essentiels : d'une part ils travaillent tous les trois dans la même entreprise et habitent des barraquements attenants, et d'autre part tous les trois présentent un éthylisme chronique sur une personnalité fruste ; ce sont des buveurs impénitents qui refusent plus ou moins les soins.

1°. L'histoire de Monsieur BI:

Monsieur BI, âgé de 60 ans, est chef d'une entreprise de nettoyage de HLM. Il vit depuis 18 ans avec Madame BI ; celle-ci a eu trois enfants d'un premier mariage ; l'aîné est mort pendant la guerre ; le second, âgé de 42 ans, travaille dans une boulangerie et aide actuellement provisoirement ses parents à l'entreprise ; le cadet, 38 ans, est commandant dans l'armée. Madame BI n'a pas eu d'enfants avec Monsieur BI. Monsieur BI a déjà été hospitalisé il y a 11 ans à l'Hôpital psychiatrique X. Il présente comme antécédents : en 1942 une gastrectomie, en 1957 un abcès du poumon, en 1971 une fracture du pied avec complications vasculaires et enfin il est atteint d'une bronchite chronique.

En Septembre 1972, il est hospitalisé à l'Hôpital X en service libre ; il s'agit d'un éthylique chronique de longue date, cette hospitalisation survient à la suite d'un épisode d'ivresse aiguë. Il n'y a pas de confusion, pas de désorientation, l'état général est satisfaisant. Monsieur BI a un caractère rigide, "pseudo-paternel" avec ses employés. L'éthylisme de Monsieur BI s'intègre dans une sorte "d'éthylisme d'entreprise", en effet, deux de ses employés ont également déjà été hospitalisés à l'Hôpital X :

Monsieur B2 et Monsieur B3. Monsieur BI tentera par ailleurs de dissimuler honteusement son hospitalisation à ses deux employés, considérant cet évènement comme une sorte de déclassement social le rabaissant à leur niveau.

Monsieur BI sort une semaine plus tard : son comportement est satisfaisant, il est apte à reprendre ses activités professionnelles, il a comme traitement : Equanil 400 N° 3 ; Bénerva 250 N°4 ; Bécilan 250 N° 4 ; Mogadon N° I.

En Octobre 1972, Monsieur BI vient en consultation avec Monsieur B2 au dispensaire, ils semblent à peu près sobres tous les deux. Puis Monsieur BI ne vient plus aux rendez-vous. En Mars 1963, je reçois la visite de Madame BI, celle-ci a une présentation très hystérique et subexcitée : excentricités vestimentaires, maquillage outrancier, rires et pleurs, logorrhée, séduction, théâtralisme, mythomanie. Elle me raconte des histoires assez incroyables : chute en voiture dans un canal dont elle ressort à la nage avec son manteau de fourrure ; à un autre moment son véhicule perd une roue et à la suite de cet accident, elle aurait eu des fractures multiples de côtes. Madame BI m'apprend que Monsieur BI, très aggravé actuellement sur le plan éthylique aurait fait un accident vasculaire cérébral et serait hospitalisé en réanimation ; en fait, Monsieur BI a été hospitalisé en hôpital général pour une luxation de l'épaule et ensuite a présenté un délirium tremens consécutif au sevrage de l'hospitalisation. Madame BI m'apprend également que ses employés : Messieurs B2 et B3 (qu'elle appelle par leur prénom et considère comme ses fils) sont très imprégnés actuellement. Aussi j'envisage une visite à l'entreprise.

2°. L'histoire de Monsieur B2 :

Monsieur B2, 40 ans, a été signalé aux Alcooliques Dangereux à l'occasion d'un accident de la voie publique en Mars 1969 (l'alcoolémie

s'élevait à 2,80 g. deux heures après les faits).

La mère de Monsieur B2 est décédée en 1936 alors qu'il était lui-même âgé de 7 ans. Son père s'est remarié en 1942 et sa belle-mère se serait montrée à son égard peu affectueuse, et puis hostile pour des raisons d'intérêt. Les relations avec elle se seraient ensuite détériorées, si bien que, lorsque Monsieur B2 va voir son père, il évite de rencontrer sa belle-mère. Après un échec au CEP, Monsieur B2 occupa un emploi non qualifié. Ce n'est qu'après un accident de travail avec fracture de jambe (1961) qui ne lui laissa aucune séquelle, qu'il put faire une formation professionnelle de monteur-équipagiste. Bien qu'ayant obtenu son CAP, il ne put assurer la cadence et reprit un emploi non qualifié. Il travaille actuellement à l'entretien des HLM dans l'entreprise de Monsieur BI : il assure avec un camion le ramassage des détritus des caves et des couloirs.

Il est toujours resté célibataire, il met en avant sa méfiance envers les femmes après avoir essuyé quelques échecs sentimentaux. Il semble souffrir d'une inhibition dans ses relations avec le sexe féminin et exprime quelques velléités d'entrer en contact avec une agence matrimoniale. Il est logé par Monsieur BI son employeur, puis maintenant il est considéré par celui-ci et son épouse comme l'enfant de la maison (rappelons que Madame BI a perdu un fils à la guerre qui aurait son âge maintenant et signalons que Monsieur BI rémunère Monsieur B2 d'un salaire de misère rappelant plutôt un argent de poche). Monsieur B2 occupe ses loisirs à la construction de modèles réduits, au bricolage des moteurs ou à la pêche. Dans les antécédents : pas d'affections somatiques graves en dehors de l'accident de travail avec fracture de jambe déjà signalé.

Monsieur B2 se présente très sale, les signes d'imprégnation alcoolique sont évidents et importants : faciès vultueux, mains moites, tremblement digito-lingual important et subictère

des conjonctives. Il dit que sa tolérance aux boissons alcoolisées est basse, que ses ivresses sont rapides avec euphorie puis endormissement. Il précise qu'il a alors l'habitude de se garer lorsqu'il est au volant. Son patron (pas plus sobre que lui d'ailleurs) lui recommanderait l'abstinence. Au total, Monsieur B2 est un sujet immature sur le plan affectif, médiocre intellectuellement, célibataire et très dépendant du couple formé par son employeur et son épouse ; il présente des signes manifestes d'une imprégnation alcoolique importante. La personnalité même du sujet rend difficile la mise en pratique de ses velléités d'abstinence. En Juin 1969, Monsieur B2 est considéré comme en sursis à l'application de la Loi de 1954. En Juillet, la commission médicale prévue par cette Loi déclare que Monsieur B2 devra être confié au dispensaire de son secteur et ne relève pas de la Loi du 15 Avril 1954.

Monsieur B2 vient régulièrement au dispensaire et semble sobre, mais à partir de Janvier 1970, il ne répond plus aux convocations. Le médecin du dispensaire effectue de nombreuses visites à l'entreprise et dans une période particulièrement aiguë d'imprégnation, il le fait hospitaliser à l'hôpital X en septembre 1970. Il reçoit comme traitement : Valium I0 N° 1 ; Mogadon N° I ; Vitamines et sort en Novembre 1970. Monsieur B2 vient de nouveau au dispensaire, puis ne vient plus à partir de Février 1971. Le confrère du dispensaire va le voir à nouveau en visites à domicile de temps à autre et le fait hospitaliser à nouveau en Janvier 1972. C'est à ce moment que je fais la connaissance de Monsieur B2 : il a une personnalité fruste, dépendante ; il semble de caractère docile, voire servile (d'où sa très bonne sociabilité avec les infirmiers au pavillon). Une cure au Disulfiram est mise en oeuvre et Monsieur B2 sort en Février 1972 avec comme traitement : TTD B3B4 N° I ; Arginotri B N°6 ; Equanil 250 N° 2. Monsieur B2 vient me voir régulièrement au dispensaire et poursuit son traitement. Mais en juillet 1972, Monsieur B2, qui a bu de l'alcool après prise de TTD, fait un grand malaise avec tachycardie, vomissements, tremblements et doit être hospitalisé à nouveau à l'Hôpital X ; il ressort en Août avec le même traitement.

Puis Monsieur B2 vient me voir avec Monsieur BI au dispensaire de façon plus ou moins régulière : ils semblent à peu près sobres tous les deux. Après une absence à deux rendez-vous, je vais voir Monsieur B2 à l'entreprise : il va bien et me promet de venir plus régulièrement au dispensaire.

3°. L'histoire de Monsieur B3 :

Monsieur B3, 49 ans, est Belge ; il a divorcé en 1964, il a cinq enfants, toute sa famille vit en Belgique, les contacts avec ses proches sont assez pauvres : il ne retourne que rarement en Belgique pour les voir. Monsieur B3 travaille également comme chauffeur-débardeur dans l'entreprise de Monsieur BI.

Comme antécédents, Monsieur B3 a eu une fracture du pied en 1964 et une première hospitalisation en milieu psychiatrique à l'Hôpital X en placement volontaire de Mai 1970 à janvier 1971. Il était adressé alors par le CPOA pour des propos délirants, confus et une déchéance sociale importante chez un éthylique chronique ; il était à l'époque sans emploi et sans domicile fixe. Il sort en bon état général et trouve son emploi chez Monsieur BI.

En Août 1972, Monsieur B3 est hospitalisé pour la seconde fois à l'Hôpital X pour un pré-delirium. Somatiquement, il présente les stigmates de l'éthylique de longue date : faciès vultueux, tremblements, gros foie dur, crampes des mollets ; il présente d'autre part une mycose cutanée des deux jambes. Monsieur B3 sera perfusé et réhydraté et il sort en Septembre 1972 avec comme traitement : Equanil 400 N° 2 ; Mandrax N° I ; Vitamines B ; Griséfuline 125 N°4 ; Fongéryl . Monsieur B3 est ensuite suivi en consultation au dispensaire où il vient jusqu'en Décembre 1972 : Monsieur B3 est très réticent, il nie tout alcoolisme passé et présent et ne vient au dispensaire que parce que le médecin le lui a demandé ; de plus, il ne se souvient plus pourquoi il a été hospitalisé en Août.

Pour lui, l'équipe médico-sociale du dispensaire est vécue comme un organisme de surveillance quasi policière dont le seul rôle serait répressif. Monsieur B3 cesse ensuite de venir au dispensaire. Je le revois en Mars 1973 au cours d'une visite à l'entreprise : il va mal, Monsieur B3 ne travaille pratiquement plus depuis plusieurs jours ; il est constamment ivre, affalé dans un coin, les yeux injectés et montre une agressivité verbale importante : il est quasi menaçant à mon égard. Devant la menace de l'hospitalisation, il promet tout de même de venir à la consultation. Il vient d'ailleurs deux jours après, beaucoup mieux, en compagnie de Monsieur B2, tous deux reçoivent un traitement (Vitamines B, Equanil 250) et s'engagent à venir régulièrement au dispensaire.

4°. Les visites à l'entreprise de Monsieur BI :

Au cours des visites, je me suis rendu compte que cet éthylisme collectif s'intégrait dans une micro-société plus ou moins marginale que constitue l'entreprise de Monsieur BI ; celle-ci est constituée de barraquements en bois rappelant des bidonvilles avec ça et là des détritus, des vieilles carrosseries de voitures, des objets ménagers usagés divers, le tout formant un fouillis indescriptible, pittoresque, faisant davantage penser à une cour des miracles qu'à un lieu de travail. Dans ce décor, circulent des personnages sales, à la trogne vultueuse, certains à la démarche ébrieuse ; tout ce monde est invectivé de façon apparemment autoritaire par Monsieur BI le patron et son épouse remarquable de couleurs : maquillée à outrance, habillée de façon voyante, présence colorée contrastant avec la grisaille et la saleté des lieux.

Devant une telle description, on comprend les échecs des tentatives successives de sevrage en cure ambulatoire. Des visites à domicile fréquentes apparaissent nécessaires pour ces trois malades: tantôt dans le cadre d'une surveillance médicale en rappelant aux malades de venir à la consultation, dans l'espoir de les amener à prendre conscience dans une relation adulte ; tantôt pour intervenir

au moment d'un épisode aigu et éventuellement hospitaliser.

Il convient que les visites, plutôt que d'avoir ce caractère autoritaire de surveillance ou d'intervention, apportent la médiatisation d'une relation qui pourra permettre au sujet de reconnaître le projet de changement et de désaliénation, d'accepter une prise en charge thérapeutique et d'y participer activement. Ainsi, les visites à domicile aux alcooliques surviennent généralement pendant la phase initiale de la relation qui est la phase de réticence marquée par des obstacles tels que la dénégation de l'intempérance et la fameuse "mauvaise foi", c'est-à-dire finalement le refus de la relation. L'aveu n'est d'ailleurs pas davantage un signe positif, seule la prise de conscience de la dépendance à l'égard du toxique permettra à une demande véritable d'émerger.

"L'alcoolique semble porter, de sa place pourtant si faible, un défi : dérobant le vin, emblème de la communion entre les hommes, pour des agapes solitaires, se fermant à la parole, se rendant opaque au savoir médical, se constituant maître de ses orgies et de sa propre mort qui se profile, il semble n'offrir aucune prise au dialogue. Il nous appartient, en désamorçant ce défi par une certaine non-réponse, de laisser émerger, le moment venu, les paroles qui introduiront l'échange".

(C. Barrois : "La relation thérapeutique avec l'alcoolique " ; Confrontations psychiatriques N° 8 : "L'alcoolisme"; 1972,p.173)

Observation N° 3, Monsieur C.

1°. Monsieur C, prévenu schizophrène :

En Octobre 1972, Alain C est hospitalisé à l'Hôpital X en placement d'office, il vient de la Maison d'Arrêt K.

Alain a 21 ans, il est célibataire, sans profession, il habite chez ses parents, il a un frère de 26 ans gravement handicapé sur le plan moteur.

Alain a été inculpé en Septembre 1972 pour le vol d'une machine à photocopier dans son ancien Lycée. Une commission de médecins experts auprès des tribunaux examine Alain à l'infirmerie de la Maison d'Arrêt et rédige le rapport d'expertise suivant :

"1. - Présentation : il s'agit d'un jeune homme d'assez grande taille, de forte corpulence, au teint très blanc, aux yeux clairs, qui se signale par un signe particulier important : sa chevelure très longue, très abondante qu'il retient en chignon derrière sa tête et qu'il cache actuellement sous sa veste. Il parle facilement, beaucoup, et l'on peut même qualifier son discours de logorrhéique. Il tient des propos bizarres qui mettent d'emblée sur la voie d'un processus psychotique dissociatif.

2. Les faits : Ce sujet n'a pas d'antécédents judiciaires et il situe tout de suite l'acte qui lui est actuellement reproché dans un contexte pathologique, la motivation de ce délit étant de toute évidence morbide, elle s'inscrit dans le cadre d'une activité délirante, il dit : "J'ai volé une photocopieuse pour être arrêté, j'ai commis cet acte méprisable pour établir une liaison logique avec la jeune fille que j'aime... "

3. Curriculum vitae : Son père, qui est actuellement retraité des douanes, est vécu comme très distant et étranger par son fils : "Je ne le connais pas tellement... Je n'ai pas d'amour pour lui, je ne peux pas me forcer". Cette indifférence affective à l'égard de son père est extrêmement significative d'un processus schizophrénique.

Sa mère est institutrice en retraite, pour elle il déclare : "Pour elle c'est plus pénible, elle essaie de m'aimer, je suis resté un petit garçon de 8 ans pour elle, je la sens plus sensible que mon père, elle n'aime qu'un vide en moi... elle aurait aimé que je sois pharmacien, avocat ou médecin, mais je ne suis pas attiré par ça... c'est venu tout d'un coup, j'ai eu l'impression au lycée de me dédoubler..."

Il dit que sa scolarité s'est déroulée d'une façon très irrégulière puisqu'à l'école primaire il était un cancre et qu'au lycée il a été brillant à un certain moment pour à nouveau retomber dans l'inertie. "J'avais une soif de connaissances comme on mange, les mathématiques c'était du jeu, puis à un moment j'ai senti que c'était ridicule, c'est là que j'ai commencé à être prêtre." Il a interrompu de lui-même ses études secondaires. Il signale dans son adolescence des comportements très curieux et en rapport avec un état pré-psychotique : "A 14 ans, j'ai campé 15 jours tout seul à Fontainebleau, je suis allé à 3000 mètres d'altitude en plein hiver, j'ai traversé la France en vélo."

Il a été réformé du service militaire vraisemblablement pour ses troubles psychiques. Il n'a pratiquement pas eu d'activité professionnelle : "Je ne peux pas travailler... J'ai pu distribuer des prospectus en planant, mais sans prendre de drogue... j'ai fait de la guitare électrique spéciale extra-plate, je l'entends par l'oreille et par les doigts..."

4. Examen psychiatrique et discussion : Au point de vue physique, ce sujet dit être en bonne santé et ne pas avoir d'antécédents médicaux particuliers. Au point de vue psychique : bizarrerie, propos étranges, il mélange constamment les éléments du réel aux idées imaginaires. Le niveau mental paraît bon, l'intelligence n'est pas atteinte, il ne s'agit absolument pas d'un débile mental. L'humeur est également à l'heure actuelle assez normale, il ne se plaint pas de signes dépressifs importants, il supporte avec une certaine philosophie l'épreuve de son incarcération, qui, si elle devait se prolonger, pourrait avoir des répercussions regrettables sur son psychisme. Il existe des signes nombreux de dissociation schizophrénique : ce malade est coupé du réel et est plongé dans son monde personnel fantasmatique, il n'est plus en contact réel avec les gens, mais il se trouve enfermé dans son autisme ; il ne présente pas de phénomènes psycho-sensoriels évidents, mais il relate des expériences psycho-pathologiques récentes qui ressemblent beaucoup à des expériences hallucinatoires au début. "J'ai eu 200 visions que j'ai créées, j'ai un cahier où je les ai dessinées... " Il n'a pas encore structuré de délire paranoïde bien défini, ce sont des fragments qu'il nous livre et qui ne sont pas toujours très cohérents les uns avec les autres. Il existe un thème religieux mystique dominant: "Je suis un prêtre... les fées, ce sont des phrases, des émanations par les cheveux, c'est là que mes cheveux prennent leur importance, je m'allonge, je me désincarne... " On pourrait citer encore de nombreux fragments bizarres de ce délire schizophrénique qui est en train de se constituer, on peut conclure que les troubles sont suffisamment importants pour que ce sujet, qui est déjà traité par l'Halopéridol et du Nozinan, soit transféré sans tarder en milieu psychiatrique.

5. Conclusions :

1°. L'examen du sujet révèle chez lui une dissociation schizophrénique au début.

2°. L'infraction qui est reprochée au sujet est de nature pathologique et s'inscrit dans le contexte d'un délire paranoïde.

3°. Le sujet est susceptible d'être dangereux pour lui-même et pour l'ordre public.

4°. Le sujet n'est pas accessible à une sanction pénale.

5°. Le sujet doit être interné selon la Loi de 1838 dans un hôpital psychiatrique".

Ainsi, Alain, inculpé pour vol, bénéficie d'un non lieu, mais est considéré dans un état mental qui nécessite son placement d' office dans un établissement régi par la Loi de 1838.

2°. Alain C. à l'hôpital.

Alain arrive dans le service : il m'explique que la prison lui faisait peur et qu'il a dû simuler la folie ou du moins "aggraver" volontairement ses tendances naturelles à la rêverie et à l'abstraction pour échapper à la sanction pénale. De la même façon, il me raconte comment il a dû délirer ses cheveux pour éviter qu'on les lui coupe à la prison... Il ne me cache pas qu'il a lu des choses sur la schizophrénie. Il est intéressant de noter la tendance qu'il a à flirter avec la maladie qui le menace.

C'est un garçon sympathique, au contact très facile, s'exprimant aisément de façon riche, imagée et lucide, et très intelligent.

Il m'explique le vol de la photocopieuse dans son ancien Lycée (lycée actuel d'ailleurs de son amie Michèle) de la façon suivante : "Je voulais décevoir mon amie Michèle, qui n'a que 16 ans, afin de rompre avec elle un type de relation dont je ne voulais pas". Sa mère donne la version inverse : à son avis, Alain a commis

vol pour se faire valoir auprès de sa petite amie. Quant à moi, je ne crois pas à ces deux versions, mais j'ignore le mobile réel.

Il n'existe aucun autre antécédent judiciaire, pas d'autres hospitalisations antérieures, pas d'antécédents médico-chirurgicaux notables.

Au pavillon, la relation avec les soignants est très aisée, Alain me demande s'il peut se faire apporter ses livres, ses disques et sa guitare ; je lui réponds que je n'y vois aucune objection , mais que ses affaires risqueront d'être abîmées ou volées étant donné l'effectif actuel des malades présentant pour la plupart une pathologie très lourde. Il me répond qu'il prend le risque et que si on lui casse son matériel, c'est que sa musique est mauvaise ! En fait, personne,ne touchera à ses affaires...

D'après lui, Alain a eu une enfance sans histoire, il a eu une scolarité normale jusqu'en seconde au lycée, à ce moment il a 16 ans, c'est Mai 1968 et, très concerné par les évènements, il décide d'arrêter l'école, d'oublier " toutes les âneries qu'on lui a enseignées " et d'enfin vivre comme il en a envie. Il vit alors dans une certaine oisiveté, jouant de la musique, sortant avec ses camarades, occupant de temps à autre des emplois à mi-temps comme la distribution de prospectus.

Très anti-militariste, il réussit à se faire réformer au service militaire en se présentant déguisé en indien : après une période de doute, les militaires le réforment pour troubles mentaux. Alain a un goût indéniable pour l'abstraction et le rêve, il a quelques préoccupations métaphysiques, sa présentation est un peu bizarre et distante, mais il n'y a aucun délire et il garde malgré tout une insertion relativement correcte dans la réalité, même si elle est marginale ; on peut parler d'une certaine fragilité de la personnalité probablement en rapport avec le contexte familial, l'âge, le milieu micro-social limite, artistique et contestataire,

où ce jeune homme évolue. Il semble donc que les problèmes sont situés essentiellement au niveau du contexte familial : Alain, maintenu dans une certaine immaturité affective, a du mal à émerger de son adolescence, et à couper le cordon maternel.

Je ne donne pas de médicaments, mais entreprends une psychothérapie quasi quotidienne dans le but de l'aider à trouver une autonomie et de l'intégrer socialement de façon plus claire. Estimant qu'il n'y a pas de problème de dangerosité et que le maintien à l'hôpital n'offre pas d'intérêt thérapeutique particulier, nous demandons la conversion du placement d'office en placement volontaire.

Alain sort fin Novembre 1972 ; malgré les tendances schizoïdes, il y a une amélioration notable du contact avec la réalité. Il existe un succès du point d'ancrage psychothérapique, cette psychothérapie sera poursuivie au dispensaire dans le but de lui faire prendre une certaine autonomie de logement, de travail, de moyens d'existence.

3°. Biographie familiale :

I. Madame C. est une femme assez petite, boulotte, âgée de 60 ans, institutrice en retraite. Elle entretenait des liens extrêmement étroits, voire même une relation fusionnelle avec ses parents (sa mère est morte il y a 10 ans et son père est mort il y a 5 ans). Elle a un frère, ingénieur viticole, qu'elle voit de temps à autre et qui a le même point de vue qu'elle, dit-elle. Madame C. me dit qu'elle a eu un grand amour dans sa jeunesse, amour qui a été un échec, aussi a-t-elle fait un mariage "rationnel" avec Monsieur C. : "Ils forment un couple posé,calme, même si ce ne fut pas le grand amour". Monsieur et Madame C. se sont mariés il y a 26 ans (lui en avait 50 et elle 34).

Madame C. est très anxieuse, inquiète au sujet de la situation présente de son fils ; elle me parle d'un Alain tel qu'elle l'aurait voulu, des conseils "pour son bien " qu'elle lui prodigue et de la façon ingrate dont il rejette ces "conseils". C'est elle qui assume les responsabilités à la maison, elle tient les cordons de la bourse et donne de l'argent de poche à Alain, lequel lui a dit au cours d'une querelle :"Plus vite tu mourras, plus vite j'hériterai".

Elle me parle de tous les espoirs qu'elle nourrissait pour son fils, surtout dans la période où il était brillant au lycée, elle a même eu des contacts avec ses professeurs qui étaient très contents de lui.

Elle est très déçue actuellement et compte sur moi, qui suis un des rares qu'Alain écoute dit-elle, pour donner les conseils appropriés. En fait, Madame C. tente de s'introduire dans ma relation avec Alain et donner ses conseils par mon intermédiaire, elle téléphone même plusieurs fois à l'assistante sociale pour lui rappeler qu'il serait souhaitable que j'insiste auprès d'Alain pour qu' il travaille.

Madame C. est sans conteste le chef de famille, elle est dominante. Vis-à-vis d'Alain elle est très ambivalente, tantôt hyperprotectrice surveillant ses faits et gestes, tantôt permissive, voire abandonnique ou rejetante, lui disant "d'aller au diable".

2. Monsieur C., père est un homme de 76 ans, grand, maigre et sec, il est officier des douanes en retraite et ancien officier de marine marchande. Son père est mort quand il avait 7 ans, sa mère, décédée il y a une quinzaine d'années, était "gentille" dit-il, mais il y avait mésentente avec sa bru Madame C., probablement au sujet d'une rivalité pour la commande familiale. Monsieur C., a eu deux frères, l'un est mort à l'âge de 17 ans au cours de la guerre de 1914-18, l'autre est décédé il y a deux ans. Monsieur C. a

quelques difficultés à la marche, il est un peu diminué physiquement et également un peu psychiquement, Monsieur C. est très rigide, parlant peu, absent, écoutant sa femme, prononçant une phrase de temps à autre comme : "Alain est un fou, et on ne discute pas avec un fou... sa musique, c'est un concert de casseroles pour sauvages". Monsieur C. semble avoir l'esprit étroit, sa rigidité caractérielle semble s'être affirmée davantage avec l'âge, il est profondément méprisé par Alain.

4°. Alain C. à la consultation du dispensaire :

Alain vient régulièrement à la consultation. Il me montre des dessins, des bandes dessinées, il a un certain talent, mais les textes qui vont avec, sont abstraits, symboliques. J'essaie de l'ancrer à un projet, il en formule quelques uns, mais très flous, comme par exemple d'aller faire un stage dans une bergerie pour s'occuper d'animaux. Il s'est installé dans une certaine oisiveté, allant tous les jours à la sortie du lycée chercher son amie Michèle avec qui, il entretient une relation équivoque mi-amicale, mi-amoureuse. Il retrouve ses camarades quotidiennement dans un café : certains sont étudiants, d'autres lycéens, d'autres font des emplois à mi-temps, d'autres enfin ne font rien comme lui. Alain est dans son monde qu'il partage avec Michèle et avec ses camarades, réalisant une sorte d'autisme collectif avec recherche de nouvelles valeurs. A l'entretien, Alain est relativement logorrhéique, mon écoute de son discours semble le libérer quelque peu de son angoisse. Il a récemment passé son permis moto, ce qui lui permet de se déplacer plus facilement pour suivre ses camarades.

En Janvier 1973, Madame C. vient me voir très inquiète car Alain a hébergé dans sa chambre deux jeunes filles mineures en fugue. Les gendarmes sont venus les chercher et ont également entendu Alain. Elle a craint qu'il ne se retrouve de nouveau en placement d'office ; Alain ne voit pas de mal dans son geste qui, pour lui, était fait dans un but d'assistance, quoi qu'il en soit, il n'y pas eu de suites.

A la même époque, Alain montre quelques préoccupations inquiétantes au niveau de son visage : il se fait opérer du nez pour faire disparaître une bosse disgracieuse et également du menton qui était fuyant. Le chirurgien me demande s'il peut intervenir sans danger pour l'équilibre psychologique d'Alain, je lui réponds que je suis d'accord. De plus, Alain se teint les cheveux en noir. Cette transformation corporelle s'arrêtera là. Ceci permettra à Alain de me dire : "Je suis grand, fort, beau, intelligent et riche" (allusion aux moyens aisés de ses parents)... "Aussi, pourquoi voulez-vous que je travaille ? "Alain vient consulter régulièrement, j'ai du mal à ramener son discours au niveau de projets concrets, il fait ironiquement le projet de faire des projets !

5°. Visite au domicile de la famille C . :

En Mars 1973, je décide de faire une visite au domicile de la famille C. dans le double but, d'une part de faire la connaissance du frère handicapé que je ne connais pas et d'autre part de connaître les lieux et l'atmosphère dans lesquels cette pathologie familiale se situe. Je vais chez la famille C., sans prévenir, accompagné d'une infirmière. Arrivé devant la maison, je rencontre Alain, très surpris de me voir là, qui partait à la sortie du lycée ; il me dit qu'il s'en va et que sa mère me fera visiter les lieux. Il s'agit d'une grande villa avec un jardin entouré de grilles, la famille occupe le rez-de-chaussée et loue le premier étage, sauf un petit studio qui est pour Alain.

1. Madame C. est très contente de me recevoir et elle me présente son fils aîné Jean-Pierre, âgé de 26 ans : Jean-Pierre est complètement paralysé, bras et jambes, il ne peut rester qu'allongé, il est incontinent, son visage se tord en tics et grimaces incessantes. Madame C. m'assure qu'il est très intelligent et comprend tout, de fait de la façon dont il écoute et suit des yeux, je pense qu'elle a raison ; il émet de temps à autre et difficilement

des syllabes simples. Madame C. materne son fils affectueusement. Jean-Pierre est handicapé depuis toujours, à la naissance il a subi un traumatisme grave par une manoeuvre avec forceps, à force de rééducation, il réussissait à tenir debout appareillé et à se servir maladroitement de ses mains ; mais malheureusement, à l'âge de 14 ans, il contracte la coqueluche et son état empire brusquement (à la suite d'une méningite coquelucheuse, pense-t-on) ; puis Jean-Pierre se retrouvera dans un état grabataire définitif. Alain témoigne une certaine affection pour son frère, mais s'en occupe beaucoup moins qu'avant me dit sa mère.

2. Puis Madame et Monsieur C. vont me parler pendant deux heures et demi, et encore j'aurai du mal à m'en aller, ce qui prouve à quel point ils avaient besoin de verbaliser . La maison est confortable, de décors "vieille France", Madame C. va me submerger par un flot de paroles de temps à autre interrompu par un grognement du fils aîné, vers lequel elle se dirige et le change de côté. Monsieur C. écoute en hochant la tête et, de temps à autre, il surenchérit sur le discours de sa femme par des phrases telles que : "On avait bien assez de soucis avec un fils handicapé, on n'avait pas besoin des bêtises de l'autre", ou bien :"Alain est un fainéant et c'est tout".

Il apparaît à travers son discours que Madame C., frustrée par le malheur de son fils aîné, avait investi tous ses désirs dans le prolongement d'elle-même qu'est Alain. Pendant 26 ans, elle a dû prodiguer des soins de tous instants et cela tous les jours à Jean-Pierre ; aussi cette attitude de maternage enveloppant semble s'être également projetée sur Alain. Madame C. semble prendre un réel plaisir,à rapporter l'esclavage fastidieux que constitue le nursing de Jean-Pierre ; je me demande si une psychothérapie ne serait pas indiquée pour Madame C.

Alain a perçu très jeune, plus ou moins consciemment, ce lourd investissement qui pesait sur lui, qui construisait des

limites autour du développement de sa personnalité affective, il en a résulté une fuite dans l'abstraction.

A la fin de l'entretien, Madame C. me fait visiter la chambre d'Alain : elle est tapissée de posters représentant des indiens, des vedettes de la pop musique, des photos multiples de lui (aucune de Michèle) ; des piles de livres et de disques s'entassent pêle-même ça et là, ainsi que plusieurs électrophones, quatre guitares électriques, des vêtements traînent en désordre un peu partout ainsi que des dessins. Puis on me montre le sous-sol qu'Alain a aménagé pour jouer de la musique pop avec ses copains : dans le fond un immense portrait d'indien à la peinture, le reste de la pièce est occupé par tout un matériel de batterie, des amplificateurs, des guitares...

6°. Conclusion et réflexions :

En conclusion, devant l'existence de certains signes pathologiques , il existe pour Alain deux grands risques : soit le passage à la psychose franche, soit le passage à des actes anti-sociaux par défaut d'appréciation des interdits de la société. Mais d'autres traits témoignant de la conservation des principes de réalité, d'une certaine bonté, me font garder l'espoir d'une évolution plus favorable.

L'analyse de ma position de thérapeute par rapport à Alain montre que je ne suis ni vécu comme un copain de son groupe, ni comme un allié de sa mère, ni comme un "médecin classique". Je ne suis peut-être pas précisé dans son esprit, ni déterminé, ce qui donne une large ouverture aux possibilités thérapeutiques , mais en même temps réduit mon contrôle de l'évolution de la psychothérapie en cours.

L'opportunité de cette visite à domicile peut se discuter dans l'interrogation suivante : où est-on le mieux à même d'apprécier

une pathologie familiale, sinon en se rendant en son sein, entre les différents membres qui la constituent, dans les lieux mêmes où se nouent les conflits ?

Comment intégrer la famille dans une prise en charge thérapeutique ? La visite à domicile consécutive à la thérapie d'Alain pourra peut- être provoquer la mobilisation de la famille et de l'équipe soignante, ainsi des rencontres ultérieures pourront permettre à la famille, aidée des soignants, de prendre en charge sa propre pathologie : celle de la mère pieuvre qui couvre tout, celle du père absent et rigide, celle du fils handicapé qui n'a que sa mère comme horizons et finalement celle d'Alain.

Ces considérations nous amènent au concept de "thérapie familiale" : son objet étant de considérer non plus le conflit intérieur purement individuel, mais le conflit familial ; son but étant la victoire aussi complète que possible sur ce conflit. Dans cette conceptualisation nouvelle, le patient, c'est la famille elle-même, le déviant désigné n'étant que le symptôme de la famille malade. La base du mal familial est un processus anxiogène dû à une communication défectueuse dans le dialogue perturbé du groupe familial. Ainsi la famille n'est plus considérée comme uniquement co-thérapeute, mais comme co-patiente. Chaque membre de la famille doit se sentir impliqué, le groupe familial est mis en face du groupe soignant, des relations naissent entre les deux groupes et l'analyse de ce qui se passe permettra la mise en route d'une dynamique dans laquelle la famille pourra trouver un support et une possibilité de verbaliser qui sera non douloureuse et constructive.

"Que l'individu au cours de sa croissance se détache de l'autorité de ses parents, c'est un des effets les plus nécessaires mais aussi les plus douloureux du développement. Il est tout à fait nécessaire que ce détachement s'accomplisse et l'on peut admettre

que chaque être humain ayant évolué normalement l'a, dans une certaine mesure, réalisé."

(S. Freud : "Der familienroman der neurotiker", 1909, p.31)

"... Vos enfants ne sont pas vos enfants. Ils sont les fils et les filles du désir de la Vie pour elle-même.
Ils viennent à travers vous mais ne viennent pas de vous,
Et bien qu'ils soient avec vous, ils ne vous appartiennent pas.
Vous pouvez leur donner votre amour, mais non vos pensées,
Car ils ont leurs propres pensées.
Vous pouvez héberger leur corps, mais non leurs âmes,
Car leurs âmes habitent la maison de l'avenir, que vous ne pouvez visiter, même en vos songes.
Vous pouvez vous efforcer de leur ressembler, mais ne cherchez pas à faire qu'ils vous ressemblent.
Car la vie ne revient pas sur ses pas, ni ne demeure dans le passé... "

(K. Gibran : "The Prophet"; éditions Heinemann, Londres 1926)

Observation N° 4, Monsieur D.

1°. L'Histoire de Monsieur D. et sa rencontre avec le secteur psychiatrique :

Monsieur D. est né en Italie en 1885. Il arrive en France à l'âge de 18 ans et travaille dans les huileries dans la région de Marseille ; puis il vient à Paris trois ans plus tard et là, travaille dans la maçonnerie. En 1911, Monsieur D. épouse à Paris une amie d'enfance, d'origine italienne également et plus jeune que lui de trois ans ; l'année suivante, Madame D. met au monde leur fille unique. Puis c'est la guerre de 1914-18, Monsieur D. est blessé, il a reçu des éclats d'obus dans les yeux et sa vision sera diminuée, en particulier au niveau de l'oeil droit ; Monsieur D., mal informé, ne saura pas faire les démarches nécessaires pour obtenir une pension de guerre. Monsieur D. se fait naturaliser Français en 1933 et change d'emploi : il travaille dans une marbrerie jusqu'à la seconde guerre mondiale.

Après la guerre, Monsieur D., âgé alors de 62 ans, se retire en province où il achète une petite ferme entourée d'un petit lopin de terre et vit d'un peu de culture et d'élevage de poulets ; parallèlement, sa femme fait du travail de couturière à domicile et sa fille tient un petit commerce à proximité de la ferme. Vingt ans plus tard, en Janvier 1967, Monsieur D. revient dans la région parisienne avec sa famille et achète une maison.

Monsieur D. n'a jamais présenté d'antécédents médico-chirurgicaux notables, hormis la blessure de guerre déjà signalée et une prostatectomie en 1961 ; il n'était jamais malade me dit sa fille, il avait un caractère impulsif, volontiers coléreux, souvent en état de subexcitation.

En Mars 1967, Monsieur D. a présenté un accident vasculaire cérébral ayant entraîné une paraplégie des membres supérieurs, une

aphasie, une apraxie idéo-motrice et de l'habillage ; les troubles moteurs ont régressé, mais persiste une certaine aphasie avec troubles de la parole et de l'écriture. Cet ictus a d'autre part précipité une détérioration des capacités intellectuelles avec baisse de la mémoire et de l'attention, et une certaine turbulence, notamment nocturne. Sa fille l'amène au dispensaire en Mai 1967 pour troubles mnésiques et désorientation temporo-spatiale, il y est suivi jusqu'en Juillet, puis ne vient plus à la consultation. A ce moment, Madame D., l'épouse, présente une paralysie progressive des membres supérieurs avec amyotrophie des muscles de la main, troubles trophiques et des symptômes bulbaires : paralysie de la langue, du voile du palais, du larynx, des muscles masticateurs, entraînant des troubles de la phonation et de la déglutition. On pense alors au diagnostic de sclérose latérale amyotrophique. Madame D. sombre dans un état cachectique gravissime et meurt en Mai 1968 à l'âge de 80 ans.

En juillet 1969, Monsieur D., âgé alors de 84 ans, subit une seconde attaque cérébrale et est hospitalisé à l'Hôpital général Y d'où il est transféré à l'Hôpital psychiatrique X en service libre pour démence sénile avec désorientation temporo-spatiale, troubles de la mémoire et du comportement. Depuis ce deuxième ictus, Monsieur D. présente une parésie de l'hémicorps gauche rendant la marche difficile, une cécité presque complète, une tachyarythmie complète avec nombreuses extrasystoles supraventriculaires et ventriculaires. Monsieur D. apparaît très détérioré, aphasique, il cherche ses mots ; il est dépressif depuis la mort de sa femme, il est triste et assez conscient d'être diminué, il présente un petit syndrome de persécution ; il crie sans arrêt pendant des périodes de subagitation, ce qui le rend très difficile à supporter.

Quinze jours après l'entrée de Monsieur D. à l'Hôpital X, Mademoiselle D., très indisposée par les conditions hôtelières désastreuses et le carectère asilaire de cet hôpital, réclame la sortie de son père et espère le faire admettre dans une maison de retraite en vue d'un placement définitif. Monsieur D. sort alors

avec le traitement suivant : Pronestil N° 2 ; Digitaline X gouttes, trois jours par semaine ; Largactil 25 N° 2 ; Halopéridol Fort XXX gouttes ; Hydrosarpan 711 N° 3. Du fait de son état démentiel à caractère délirant, sthénique et hypertonique, Monsieur D. n'est pas accepté en maison de retraite ; aussi, Mademoiselle D. décide de garder son père chez elle en accord avec le Docteur B. du dispensaire qui viendra les voir à domicile tous les quinze jours.

2°. Les visites régulières chez Monsieur D. ou l'échec à la prise en charge hospitalière définitive :

Ainsi, à partir de Septembre 1969, Monsieur D. et sa fille seront suivis régulièrement à domicile par un psychiatre. Le Docteur B. les suivra jusqu'en Octobre 1971, époque à laquelle je prends le relai et assure ces visites bi-mensuelles.

Au cours des entretiens avec Mademoiselle D., celle-ci me raconte l'histoire de sa famille et la sienne propre : elle a 60 ans, elle est célibataire, fille unique, elle a toujours eu une relation étroite, quasi fusionnelle avec ses parents, elle a toujours résidé chez eux, avant guerre elle était sténo-dactylo et habitait avec eux, après guerre elle a pris un commerce en province près de la ferme de ses parents, et au retour dans la région parisienne, Mademoiselle D. a de nouveau habité avec ses parents, Elle ne s'est jamais mariée, mais elle a un ami, cependant elle a toujours refusé d'habiter avec lui. Comme antécédents médico-chirurgicaux, Mademoiselle D. a présenté : à I9 ans, une appendicectomie compliquée ; à 36 ans, une hystérectomie subtotale pour un fibrome ; à 49 ans, un traumatisme crânien au cours d'un accident de voiture. Actuellement, Mademoiselle D. se plaint d'une petite éventration (déhiscence sous-ombilicale, séquelle cicatricielle de la fibromectomie), de troubles digestifs fréquents (colites) et de temps à autre d'un état anxio-dépressif. A l'âge de 55 ans (1967), elle a décidé d'interrompre toute activité professionnelle pour se consacrer à ses parents malades. Mademoiselle D. vit de l'allocation

vieillesse que reçoit son père, de quatre loyers payés par des familles qui occupent la plus grande partie de la maison et de quelques intérêts sur des placements.

Monsieur D. se présente désormais comme un vieillard grabataire, dément plus ou moins incurique, ayant des troubles de l'appétit et du sommeil, criant pendant la nuit et insultant sa fille pendant la journée. Monsieur D. est à peu près stabilisé ensuite sur le plan de son agressivité par le traitement suivant : Halopéridol Fort XXX gouttes ; Largactil 25 N° 2 ; Théralène XC gouttes ; Artane 5 N°I. A chaque visite, je surveille le pouls, la tension artérielle, je l'examine sur le plan cardiaque, pulmonaire et général ; hormis quelques râles de bronchite chronique, il restera dans un état stationnaire jusqu'en Mai 1972. La seconde partie de ma visite consiste à écouter le discours de Mademoiselle D : ses préoccupations anxieuses, le travail fastidieux de nursing (alimentation et toilette) du père, ses ennuis financiers, ses coliques intestinales, les épisodes d'agitation de Monsieur D. Cette écoute la soulage, les quelques conseils appropriés la rassurent et Mademoiselle D. réussit à supporter son père. En Mai 1972, Monsieur D. présente un troisième accident cérébral avec paralysie de l'hémicorps gauche, aphasie, encombrement bronchique, précarité de l'état général ; il est hospitalisé à l'Hôpital général Y qui le transfère à nouveau à l'Hôpital psychiatrique X, où il est refusé par l'hôpital psychiatrique ne peut lui assurer les soins somatiques voulus. Il est alors renvoyé à l'Hôpital général Y qui le refuse et finalement il sera ramené chez lui. Quelques jours plus tard, Monsieur D. meurt chez lui pendant son sommeil à la suite d'une défaillance cardiaque, il est âgé de 87 ans.

Ainsi, ces visites à domicile, répétées deux fois par mois, ont permis à ce vieillard grabataire de demeurer dans son milieu familial pendant les trois dernières années de sa vie.

A ce type de prise en charge à domicile, certains donneront le nom "d'hospitalisation à domicile", ce terme peut apparaître un peu

abusif, d'autres proposent l'appellation : "unité psychiatrique de soins familiaux et de traitement à domicile", ou encore : "soins intensifs ambulatoires". Cette formule thérapeutique de soins à domicile apparaît être électivement une excellente indication pour les personnes âgées :

"- On sait qu'actuellement, l'arrivée de plus en plus fréquente dans nos services de personnes d'un grand âge devient un facteur de sclérose inquiétant qui devient un très lourd handicap pour la vie du service hospitalier et retentit immédiatement sur ces personnes âgées elles-mêmes.

- Dans le même temps, ces vieillards sont rejetés de tous les lieux de soins.

- Sur le plan pathologique, il s'est avéré que les soins à domicile sont la meilleure thérapeutique possible pour nombre de personnes âgées ; toujours lorsqu'elles n'ont que des troubles minimes : petit délire de persécution, confusion a minima ; souvent même lorsqu'elles sont plus gravement détériorées : évolution démentielle ; dans ces cas, il s'avère qu'une surveillance médicale et infirmière à domicile, associée à des entretiens avec l'entourage habituel de ces personnes âgées permettent les évolutions les plus favorables, soit sur le plan simplement humain, parce que la famille a continué à prendre en charge les siens, soit certainement sur le plan psychiatrique, car on sait que tout dépaysement, toute modification de l'environnement, a fortiori, un drame comme une hospitalisation est un facteur d'aggravation important au cours de la vieillesse et à caractère souvent irréversible".

(G. Baillon : "Projet d'élaboration d'un nouveau type de prise en charge des malades psychiatriques dans le nouveau cadre de la politique des secteurs créés par le réglement départemental et la convention de secteur " ; inédit ; Janvier 1973, p.10)

"... Les réactions du patient âgé à la maladie et à ses conséquences sont telles qu'elles peuvent engendrer une symptomatologie additionnelle sous forme de majoration ou de parasitage de symptôme... Une modification de l'attitude médicale et de celle de l'entourage vis-à-vis du patient âgé permet de réduire cette symptomatologie additionnelle."

(J. Richard et J. Constantinidis : "Les démences de la vieillesse " ; Confrontations psychiatriques N° 5, 1970, p.49).

Observation n° 5 . Monsieur E.

1°. L'histoire de Monsieur E. ou la décompensation d'un cyclo-thymique au moment de la retraite :

Monsieur E. est italien, il a actuellement 79 ans, il est retraité. Il est né en Italie en 1894, ses parents sont décédés alors qu'il était enfant et Monsieur E. a été élevé par ses soeurs. Il est venu à l'âge de 17 ans en France, puis a fait la guerre de 1914-18 en Italie ; après quoi, Monsieur E. est revenu en France, dans la région parisienne où il a travaillé comme maçon, il exercera cette profession pendant toute sa vie active et arrêtera son activité professionnelle à la fin de l'année 1961. Monsieur E. est marié à une italienne qui a le même âge que lui et tous deux occupent un petit pavillon ; ils ont deux filles : l'une est mariée également à un maçon, a trois enfants et occupe le pavillon voisin, l'autre s'est mariée en Italie et vit là-bas. De temps en temps, et notamment au moment des vacances, toute la famille se retrouve chez la fille qui réside en Italie.

Depuis de nombreuses années, Monsieur E. présentait des variations cycliques de l'humeur, des alternances de périodes de tristesse et de périodes euphoriques.

Au début de 1962,Monsieur E. est hospitalisé dans un service psychiatrique d'un hôpital général pour psychose périodique avec série d'accès dépressifs améliorés temporairement par sismothérapie, mais suivis de rechutes avec anxiété, idées délirantes hypocondriaques à la limite du délire de négation, gémissements, plaintes incessantes, l'état physique étant par ailleurs à peu près satisfaisant.

Au commissariat voisin de cet hôpital, il est fait un certificat d'internement. Puis, Monsieur E. passe au CPOA où l'on note un

état dépressif hypocondriaque en période d'involution et il est dirigé sur l'Hôpital psychiatrique X.

Ainsi, en Mars 1962, Monsieur E. est hospitalisé à l'Hôpital X en placement d'office. Il présente un état dépressif axé sur des thèmes hypocondriaques : ses plaintes sont centrées sur le fonctionnement intestinal, ses organes sont comme morts, il se demande s'ils existent encore (ébauche de syndrome de Cotard). Il y a peu d'éléments de la série mélancolique : pas d'auto-accusation, pas de culpabilité et un certain espoir de guérison. Monsieur E. paraît bien orienté, mais on observe un ralentissement idéo-moteur, une anxiété avec parfois peur de mourir, anorexie, asthénie, insomnie. L'examen physique montre un amaigrissement, un certain degré de déshydratation, une cicatrice de gastrectomie, une langue dépapillée, des réflexes ostéo-tendineux faibles et une absence du réflexe pupillaire à la lumière. Monsieur E. est réhydraté et traité par : Tofranil 25 N° 4.

En Avril 1962, Monsieur E. va mieux, il s'alimente à peu près correctement, il est moins anxieux, on observe un retour du sommeil. Mais en Mai, il rechute et reçoit une série de 6 électrochocs ; après une petite période de confusion, on note une disparition des plaintes hypocondriaques, un retour à l'optimisme, l'élaboration de projets pragmatiques. La transformation du placement d'office en placement volontaire, réclamée par la femme, est demandée et survient en Juin, Monsieur E. sort un mois plus tard avec comme traitement : Imménoctal n° I ; Alvityl N° 2 . Il sera suivi en postcure au dispensaire.

Monsieur E. vient régulièrement une fois par mois à la consultation du dispensaire. Après une période de stabilisation de l'humeur, il se plaint à nouveau en Décembre 1962 : crises de cafard, insomnie, sciatalgies : il reçoit comme traitement : Tofranil n° 2 ; Insidon N° 2 ; Imménoctal N° I ; Nozinan 25 vespéral. Puis l'humeur

se normalise et Monsieur E. réclame une diminution du traitement à cause de son estomac et un espacement des rendez-vous ; il ne viendra que tous les deux mois et aura comme traitement : Insidon N°I; Tofranil IO N° I . Les choses iront ainsi tant bien que mal jusqu'en Octobre 1964, à cette date, Monsieur E. part en Italie et on n'aura plus de nouvelles de lui pendant 4 ans.

En Juin 1968, Monsieur E. revient à la consultation, présentant un état para-mélancolique avec pleurs, anxiété, idées de suicide ; il reçoit comme traitement : Laroxyl 25 n° 2 ; Librium IO N° 3 ; Binoctal n° I. Mais son état empire, et le médecin va le voir à domicile proposant une hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique X, mais Madame E. refuse catégoriquement et préfère admettre son mari dans la clinique psychiatrique privée K. Là, il reçoit une série de 8 électrochocs sous narcose et curare associés à une cure de Valium ; il sort en Août et, bien amélioré, il part en convalescence dans sa famille en Italie. Mais à son retour en Octobre, il rechute et est à nouveau hospitalisé dans la même clinique où il reçoit le même traitement ; il sort en Novembre très amélioré, ne se plaignant plus de rien, son appétit et son sommeil étant redevenus normaux, avec comme traitement : Solurutine papavérine N°2; Valium 5 N° I; Théralène XX gouttes. Monsieur E. est alors de nouveau confié au dispensaire, il vient chaque mois, prend son traitement régulièrement et ceci pendant un an, jusqu'en Novembre 1969, à cette date, l 'assistante sociale reçoit un appel téléphonique angoissé de la fille très inquiète, déclarant que son père est anxieux, subagité, pleurant et formulant sans cesse des plaintes digestives, le médecin va de nouveau le voir à domicile et une troisième hospitalisation dans la même clinique sera décidée ; il y rentre en Décembre 1969, reçoit encore 8 électrochocs associés au Valium et au Sureptil et sort stabilisé en Janvier 1970 avec comme traitement : Valium 5 n° I ; Sureptil N° I ; Nozinan 25 N°I; Binoctal n° 1. Monsieur E. revient au dispensaire, il n'y aura pas de graves problèmes pendant deux ans, la postcure sera à deux reprises interrompue par des séjours en Italie ; chaque retour,

remarque-t-on est marqué par une dépression de l'humeur.

2°. Tentative et échec d'une hospitalisation à domicile :

En Novembre 1971, je prends le relai et fais la connaissance de Monsieur E. : c'est un petit homme maigre, venant à la consultation à petits pas, tantôt seul, tantôt accompagné de son épouse : vieille dame sthénique, dynamique, maternant affectueusement son mari. Je prescris : Valium 5 N°3 ; Sureptil N°3 ; Mépronizine N° I ; et demande à Monsieur E. de venir me voir chaque mois ; les plaintes hypocondriaques seront encore assez bien supportées par la famille pendant un an. Mais en janvier 1973, au décours d'un épisode grippal, Monsieur E. rechute brutalement ; je vais le voir à domicile accompagné d'une infirmière : il va très mal, il pleure, il larmoie sans cesse, il se plaint continuellement en désignant de sa main diverses parties de son corps, il a des idées noires, des idées de mort. Alors, afin d'éviter la clinique et la sismothérapie inéluctable qui en découle avec ses risques chez ce sujet âgé, je décide en accord avec l'entourage, pour passer ce nouveau cap aigu, de réaliser une "hospitalisation à domicile", c'est-à-dire d'apporter au domicile des soins intensifs et répétés pour une durée limitée avec la collaboration active de la famille. Aussi nous venons quotidiennement, l'infirmière et moi, au domicile de Monsieur E. et ceci pendant quinze jours : il reçoit comme traitement : Valium IO en intra-musculaire N° 3 ; Laroxyl 25 N° 4 ; Dépamide N° 3 ; Binoctal N° I. Monsieur E. est somnolent, il s'alimente, mais je n'arrive pas à obtenir ni de réduction des plaintes, ni de stabilisation de l'humeur. Alors, constatant l'échec, je propose l'hospitalisation à l'Hôpital X., celle-ci m'est radicalement refusée et Monsieur E. est pour la quatrième fois hospitalisé à la clinique psychiatrique privée K en février 1973. Au cours d'une conversation téléphonique, un médecin de la clinique m'annonce que les examens complémentaires (dosages sanguins, fond d'oeil, électrocardiogramme) sont entrepris en vue d'une cure de sismothérapie.

Devant l'âge avancé du malade, la volonté de coopération de l'entourage, la bonne relation avec le patient, on pouvait peut-être espérer un bon résultat de cette expérience. Celle-ci aurait pu permettre la rupture du cycle infernal des hospitalisations avec sismothérapie et en même temps constituer pour ce malade une nouvelle méthode thérapeutique des épisodes de décompensation dépressive de ce patient. Mais l'échec de l'expérience dans ce cas montre bien les limites de cette formule thérapeutique.

Les soins intensifs portés à domicile ne doivent pas remplacer l'hospitalisation en milieu spécialisé quand cette dernière est indiquée. L'hospitalisation à domicile représente une possibilité de thérapie supplémentaire dans notre éventail thérapeutique ; elle doit exister à côté de l'hospitalisation en milieu spécialisé, mais non pas à sa place.

"... On observe dans la vieillesse une tendance non seulement au nivellement et au rétrécissement, mais également à la "somatisation" de la symptomatologie. Celle-ci s'exprime de moins en moins dans le domaine idéo-affectif, pour prendre un aspect plutôt psychosomatique. La fatigue, l'asthénie, les plaintes somatiques diverses, qu'elles s'attachent à des troubles physiques authentiques ou qu'elles soient de nature hypocondriaque, passent fréquemment au premier plan.

Probablement, ce phénomène s'explique également et surtout par des facteurs psychologiques reliés à la vieillesse. Le rétrécissement des intérêts extérieurs et des échanges sociaux va de pair avec une attention accrue pour le corps et pour toute perturbation éventuelle de ses fonctions : c'est avant tout dans ce domaine que le vieillissement est ressenti et redouté. Face à la mort qui s'approche, la santé physique devient un bien de plus en plus précieux. Il n'est donc pas étonnant que le corps soit désormais

vécu comme la zone de danger préférentielle."

(L. Ciompi : "L'évolution des maladies mentales préexistantes sous l'influence de la vieillesse ". Confrontations psychiatriques n° 5 : "Psycho-pathologie de la vieillesse" Avril 1970 ; p. 125).

Observation N° 6. Madame F.

I°.. L'histoire de Madame F. avant l'équipe actuelle du secteur :

En Juillet 1967, Madame F., âgée alors de 38 ans, secrétaire de direction, abandonne son emploi et est hospitalisée à l'Hôpital Z. Elle présente alors un état psycho-névrotique avec gros syndrome anxieux, angoisse diffuse et un syndrome d'influence : sentiment d'étrangeté de soi et du monde extérieur,idées d'influence électrique, impression de rayonnement dégagé par les objets. Madame F. lisait par ailleurs de nombreux ouvrages sur la radiesthésie et la télépathie et aurait désiré mettre en application pratique ses acquisitions. Elle explique sa situation par l'allergie métallique (elle ressent comme des courants près des appareils électriques). Cet épisode délirant en impose pour une bouffée délirante aiguë, en fait, cette bouffée cède rapidement, mais au décours du syndrome délirant, apparition d'angoisse, de tremblement hystériforme, d'agoraphobie.

Ce début des troubles remonte de façon nette à environ un mois : isolement progressif, abandon de l'emploi, demi-autisme, comportement délirant rapporté par l'assistance sociale (dénudation des fils électriques, enveloppement du poste de TV, etc...) . C'est sa première hospitalisation en hôpital psychiatrique et ce sera d'ailleurs la seule. Dans les antécédents, on note : un terrain hystéro-phobique avec asthénie, angoisses cardio-respiratoires, agoraphobies ; mais pas de notion d'un autre épisode aigu semblable. Il existe des antécédents tuberculeux avec séjour en sanatorium. Cette malade est mère célibataire d'un fils de 12 ans, sourd-muet (peut-être à la suite d'une méningite ?), avec retard scolaire important, placé dans un centre de rééducation orthophonique, tous les deux vivent depuis longtemps dans un grand isolement.

Madame F. sort de l'hôpital en Janvier 1968, très améliorée, critiquant son état et part un mois en maison de repos. Elle reçoit alors comme traitement : Tofranil 25 N° 2 ; Valium 5 N° 4 ; Imménoctal n° I.

En Mars 1968, Madame F. est prise en charge au niveau du dispensaire d'hygiène mentale du secteur : elle ne présente pas de délire, mais paraît toujours fragile ; elle envisage de chercher du travail.

En Juin 1968, Madame F. va bien et a trouvé du travail comme secrétaire dans une entreprise de meubles métalliques. Elle est vue une fois par mois par le psychiatre et continue à prendre les mêmes médicaments.

En Octobre 1968, Madame F. a dû interrompre son travail pour grande asthénie, angoisse et malaises divers, elle reçoit à domicile des injections de Valium par un médecin généraliste. A ce moment, Madame F. rompt la relation avec le dispensaire. Elle sera suivie à domicile par le généraliste jusqu'en Novembre 1972.

En septembre 1969, elle vient demander un certificat déclarant qu'elle ne peut reprendre son travail afin d'obtenir une aide pour les études de son fils.

En Août 1970, elle vient demander un certificat en vue de sa mise en invalidité : elle est reçue un peu fraîchement par le médecin du dispensaire, mais elle démontre que, si elle n'est pas venue, c'est parce qu'elle est très angoissée de sortir. Elle continue à être suivie à domicile par le médecin généraliste qui lui prescrit: Neurocalcium N° 3 ; Tranxène 5 N° 3.

En février 1971, elle subit une cholécystectomie pour cholécystite lithiasique et part trois mois en maison de repos.

Elle revient en juin 1971 au dispensaire avec une demande d'anxiolytiques et de psychothérapie, on lui prescrit alors : Dogmatil 200 N° I; Tranxène I0 N° 3. Elle se plaint de crises d'angoisses subites avec étouffements et tachycardie insupportable, en particulier dans les transports en commun et les grands magasins ; son fils a une présence réassurante et sert d'objet contre-phobique. Elle ne travaille plus depuis plusieurs mois, elle est en invalidité depuis Août 1970. Elle revient chaque mois régulièrement jusqu'en Octobre 1971 où on lui annonce qu'il y aura changement d'équipe au dispensaire. A la suite de cette nouvelle, Madame F. rompt à nouveau avec le dispensaire et ne répond pas aux convocations.

2°. L'histoire de Madame F. avec l'équipe actuelle du secteur :

En Avril 1972, je vois Madame F. pour la première fois, elle a maintenant 42 ans et est en invalidité depuis trois ans. Son fils, sourd-muet, 17 ans, est dans une école technique spécialisée et rentre le soir à la maison.

Madame F. apparaît très déprimée, très anxieuse, elle n'a pas de relations ni d'amis. Elle présente des manifestations psychofonctionnelles de l'angoisse, notamment une tachycardie rebelle avec sensation de mort imminente et également des phénomènes phobiques : peur des transports, peur de sortir de chez elle, peur de rencontrer des hommes "qui ont une sale tête". Le contact et la relation avec autrui s'établissement sur un mode hystérique avec séduction, théâtralisme, discours auto-contemplatif. Je lui prescris : Pertrofan N° 4 et lui propose d'entreprendre une psychothérapie individuelle avec une psychologue du dispensaire.

La psychologue nous apprend que Madame F. a perdu son père quand elle avait 12 ans, puis a été élevée en pension en voyant très peu sa mère, elle a un frère de 5 ans son cadet avec qui elle n'a pratiquement jamais eu de contact. Sa mère est morte au moment de son hospita-

lisation à l'Hôpital Z, déclenchant peut-être l'épisode aigu. Elle dit à la psychologue que son médecin traitant n'avait pas l'air content qu'elle vienne ici, qu'elle n'est pas sûre de venir régulièrement aux rendez-vous à cause de sa peur de sortir ; elle la fixe avec intensité et prolonge l'entretien longuement, ce qui fait dire à la psychologue que la relation avec Madame F. est difficile à supporter.

En Juin 1972, Madame F. est bien installée dans ses symptômes anxieux et phobiques en même temps que les signes hystériques apparaissent plus nettement, j'arrête le Pertofran ("qui l'excite" dit-elle).

A partir de Juillet, nouvelle rupture avec le dispensaire, elle ne vient plus voir ni la psychologue, ni moi. Elle écrit et elle téléphone plusieurs fois pour dire qu'il lui est impossible de se déplacer à la consultation et me demande d'aller la voir à domicile, je m'y refuse afin de l'obliger à sortir de chez elle.

Elle revient en Octobre 1972, assez mécontente que je n'aie pas cédé à sa demande de visite à domicile, je lui explique que je pensais que ce n'était pas une bonne méthode, elle l'admet ou feint de l'admettre. Madame F. projette ses difficultés internes sur l'extérieur : la société, l'environnement hostile. Son médecin généraliste lui propose une maison de repos, ce projet est alors vécu comme un ailleurs bienheureux où tout le monde vit sur le même mode et où l'on peut communiquer. Je commence à céder à cette demande, mais la psychologue, à juste titre, s'y oppose ; alors s'institue une relation à trois où chacun se fait manipuler : je suis vécu comme le bon médecin (transfert positif) et la psychologue doit supporter toute l'agressivité et l'hostilité de la malade (transfert négatif).

En Novembre 1972, j'entre enfin en contact avec le généraliste qui m'écrit : "Je connais Madame F. depuis plusieurs années et je constate que, malgré les efforts de plusieurs psychiatres, son

comportement demeure identique... Je l'engage à envisager un départ définitif pour le calme de la province." A cette lettre je réponds: "Madame F. Présente un état névrotique grave avec anxiété majeure, manifestations psycho-fonctionnelles de l'angoisse (tachycardie, serrements de gorge, troubles digestifs), cet état comporte également des éléments phobiques (agoraphobie), ainsi que des signes hystériques évidents (certain théâtralisme dans la manière de présenter son discours, comportement séducteur, plaisir pris à verbaliser, énergie employée à manipuler les soignants). Cette malade, présente d'autre part, un fond d'immaturité affective et des troubles relationnels importants. Je suis d'accord avec vous pour dire qu'on ne peut rien en ce qui concerne son célibat, l'infirmité de son fils et l'hostilité anonyme des banlieues dortoirs. Cependant je crois qu'elle projette volontiers sur des situations extérieures les difficultés dues à des conflits intimes et internes, c'est à ce niveau que nous essayons de l'aider par la prise en charge psychothérapique entreprise au dispensaire. Nous espérons obtenir des résultats tout en étant conscients de la difficulté du cas et de nos limites... "

En Décembre 1972, le médecin généraliste cesse ses visites, moi-même je romps ma relation avec elle malgré ses protestations. Seule la psychologue continue à la voir régulièrement chaque semaine. Alors Madame F. réussit enfin à parler d'autre chose que de son symptôme, elle parle par exemple du père de son enfant : quelqu'un à qui elle n'a pas tenu ; elle a couché avec lui après une déception avec un autre.

En janvier 1973, Madame F. décide d'acheter un chien pour l'obliger à sortir de chez elle. La fois suivante, elle arrive à la consultation escortée d'un splendide caniche blanc. Elle ne se sent plus angoissée dehors avec lui ; elle le soigne, s'identifie à lui ; elle essaie de comprendre sa propre histoire par rapport à lui ; il lui sert d'objet intermédiaire dans ses rapports avec les gens.

En Mars 1973, Madame F. va beaucoup mieux, elle n'est plus angoissée, sort volontiers, cherche même à faire garder son chien pour pouvoir aller au spectacle ou dans les magasins. Enfin, Madame F. parle de chercher du travail.

3°. Réflexions sur l'inopportunité des visites à domicile pour Madame F. :

Madame F. estime que son chien est le stimulus déclanchant de l'amélioration spectaculaire de son état. Je pense que la psychothérapie hebdomadaire entreprise depuis des mois par la psychologue et la compréhension lente, patiente, progressive du vécu de la malade par l'équipe soignante du dispensaire sont à l'origine de cette évolution favorable.

Au niveau de cette observation, l'intérêt de la visite à domicile apparaît de façon négative. Il est certain que céder à cette demande ne faisait qu'enfoncer davantage la malade dans un état de régression instinctivo-affective. La coïncidence entre d'une part le début de l'amélioration et d'autre part l'arrêt des visites du généraliste et mon refus d'aller chez elle n'est certes pas due au hasard.

Il faut ajouter qu'il est souhaitable chez ce type de malades, que la thérapeutique coûte, le malade doit investir dans la relation médecin-malade (rappelons que le dispensaire est gratuit, la consultation doit alors coûter en temps et déplacements et à ce niveau la visite à domicile ne répond pas).

Il semble bien que dans ce cas, la visite à domicile était anti-thérapeutique et contre-indiquée.

"En imposant la régression, le moi remporte son premier succès dans la lutte défensive contre la revendication de la libido". (S. Freud : "Inhibition, symptôme et angoisse " ; Bibliothèque de psychanalyse ; PUF ; deuxième édition revue en 1968, p.35).

Observation n° 7, Madame G.

1°. La pathologie de Madame G. et les visites à une maison de retraite :

En janvier 1973, le service hospitalier de notre secteur à l'Hôpital psychiatrique X reçoit un appel téléphonique de la Maison de Retraite Z : on nous avertit qu'une vieille dame de leurs pensionnaires présente une agressivité et des troubles du comportement tels que son hospitalisation en milieu spécialisé est souhaitable ; en effet, elle s'agite au cours de la nuit, elle crie, empêchant de dormir ses voisines de chambre et elle frappe les infirmières qui l'approchent. On nous apprend d'autre part que cette dame ne pose pas de problèmes somatiques importants et qu'elle a 87 ans. Devant l'âge de l'intéressée, nous refusons de l'hospitaliser en milieu psychiatrique avant de l'avoir vue, aussi nous nous engageons à aller la voir sur place.

J'arrive à la maison de retraite, il s'agit d'un centre entouré de verdure, agréable, propre et offrant des qualités de confort bien supérieures à notre triste hôpital asilaire. Je fais la connaissance de Madame G. : c'est une petite vieille toute ridée, toute rabougrie, elle se déplace à petits pas, elle est bien présente à l'entretien, souriante, mais répond souvent à côté, fabule quelque peu, on s'aperçoit très vite que cette dame est démente.

L'entretien avec Madame G. m'apprend bien peu de choses sur son passé et c'est par son maigre dossier de la maison de retraite que j'apprends quelques bribes de son histoire. Elle est née en 1886 dans le Cantal ; elle a été hospitalisée en 1952 à l'Hôpital psychiatrique W en placement d'office à la suite de troubles du comportement sur la voie publique : outrage public à la pudeur (Madame G. exhibait ses fesses sur le trottoir); à cette époque, Mme G., âgée alors de 66 ans, ne présentait pas d'état démentiel, elle

était bien orientée, sa mémoire était correcte, mais elle présentait un délire de persécution, une subexcitation psychique, de l'hostilité ; elle était connue comme éthylique chronique, mais niait toute consommation de boissons alcoolisées malgré des signes nets d'imprégnation. Après 17 ans d'hospitalisation dans le même service, Madame G. a été admise à la Maison de Retraite Z en juin 1969. Madame G. présente une démence sénile type : les troubles de la mémoire sont importants, portant sur les faits récents et également sur les faits anciens ; la désorientation temporo-spatiale est complète, conférant un caractère absurde à l'attitude de la malade ; les troubles du comportement se traduisent par : une négligence de soi et une incurie, des actes illogiques voire anecdotiques, que la malade commet très à son aise, sans conscience de leur caractère pathologique, ce sont des facéties bien connues chez ce type de vieillard. Le déficit de l'intelligence est très important : l'attention, le cours de la pensée, le raisonnement, le jugement sont très perturbés Madame G. est inconsciente des situations. Sur le plan affectif, elle a noué des relations avec ses compagnes pensionnaires et également avec les infirmières, aussi il me semble bien qu'une séparation d'avec ce milieu serait pour elle dramatique, voire peut-être fatale. Madame G. n'a pour toute famille qu'une fille qui habite à Royat, mais celle-ci ne vient jamais la voir et n'a même pas répondu aux lettres que lui a adressées une surveillante. Madame G. m'apparaît charmante et bien inoffensive, aussi je doute que ses troubles caractériels soient si graves qu'elle ne puisse pas être supportée par les soignantes et les autres pensionnaires : alors je m'emploie à rassurer les infirmières, je m'engage à revenir immédiatement à la moindre alerte et je prescris comme traitement : Halopéridol Fort, 3 fois XV gouttes ; Théralène XXX gouttes le soir. Les notions mal éclaircies d'un état délirant chronique dans le passé et d'un éthylisme ancien l'ont conduite à une longue hospitalisation, mais ne l'ont pas, en tout cas, empêchée de parvenir jusqu'à cet âge avancé.

En Mars 1973, nouvel appel téléphonique, mais cette fois-ci au

dispensaire : Madame G. présente une inappétence, elle refuse de s'alimenter, il y a également une vague notion de melaena et le tout s'accompagne d'un état de subagitation (elle a tiré les nattes d'une soignante !). Je vais la voir à nouveau et l'examine : l'abdomen est souple, il n'y a pas de déshydratation et rien à signaler sur les plans cardio-vasculaire, pulmonaire et neurologique. Je prends contact avec le médecin attaché à la maison de retraite et nous décidons ensemble que lui s'occupera des problèmes somatiques et moi des problèmes psychiatriques. Je prescris alors pour une semaine un traitement injectable : matin et soir une injection intra-musculaire avec dans la même seringue, Halopéridol I ml 1 ampoule + Ponalide 1 ampoule. Huit jours plus tard, je retourne la voir : elle n'est plus agressive, mais s'alimente encore difficilement et présente une constipation ; j'arrête les injections et prescris la reprise de l'ancien traitement oral en recommandant de me rappeler si besoin. Finalement, trois mois après la première alerte, Madame G. demeure toujours à la maison de retraite, milieu sans doute le plus favorable pour elle, où elle devra être maintenue le plus longtemps possible.

2°. A propos des visites à domicile aux personnes âgées : moyen de défense contre le rejet et l'internement abusif :

Sur le plan physique, Madame G. est suivie par le médecin attaché, si les troubles somatiques deviennent graves, l'hospitalisation devra se faire dans un service de médecine ; sur le plan psychique, je m'occupe des troubles de l'humeur, du caractère et du comportement, mais ceux-ci sont limités et ne doivent pas entraîner une hospitalisation en milieu psychiatrique.

Après tout, la sénescence est une évolution naturelle (ou plus exactement une involution naturelle) et non pas une maladie mentale; quant aux troubles du caractère qui peuvent l'accompagner, ils ne sont pas inévitables d'une part, et d'autre part ils peuvent être prévenus, guéris, ou compensés.

Il faut se défendre contre la triste habitude de certains de considérer l'hôpital psychiatrique comme un lieu de débarras, un déversoir des autres hôpitaux ou lieux de soins : l'asile fourre-tout, l'asile fourre-fou. L'hôpital psychiatrique ne doit plus être ce lieu de rejet gigantesque, carcéral, concentrationnaire, ni d'ailleurs un asile de vieillards, ni même un lieu d'assistance pour clochards et asociaux ; le service hospitalier psychiatrique devrait être un lieu de traitement spécialisé de la pathologie mentale en phase aiguë ou à l'occasion de moments "féconds", pendant un temps plus ou moins long, avant le relai par d'autres méthodes de prise en charge.

On a dit que la société moderne est caractérisée par la dévaluation des vieux, par la perte de leur prestige, par une tendance à la ségrégation du troisième âge. En fait, le vieillard vit trop souvent une situation de rejet social ; on a parlé de "férocité des sociétés envers les personnes âgées". Il appartient au médecin d'avoir sa part de lutte contre cet état de fait : il apporte ses soins médicamenteux et psychothérapiques et doit contribuer à maintenir les personnes âgées, toutes les fois que cela sera possible, dans leur cadre de vie familier, et cela compte tenu de leur sensibilité aux évènements qui viennent troubler leur vie et leur incapacité à s'adapter aux situations nouvelles.

"Une catégorie de vieillards, faisant l'objet d'hospitalisation à notre avis abusive en psychiatrie, comprend des individus impotents, grabataires ou demandant des soins particuliers et présentant un début de syndrome psycho-organique sur base artérioscléreotique ou sénile. Atteints de turbulence nocturne et de désorientation, ils aboutissent dans un service de psychiatrie, car ils sont mal supportés dans les services de l'hôpital général, dans l'hospice ou dans la maison de vieillards déjà surencombrés. Des soins ambulatoires appropriés auraient sans doute permis dans ce cas, d'éviter ou, pour le moins, de retarder leur internement."

(J.L. Villa : "La prévention et l'assistance des troubles psychiques chez le vieillard " ; Confrontations psychiatriques N° 5 : "Psychopathologie de la vieillesse " ; Avril 1970 ; p.159).

Observation N° 8. Madame H.

1°. L'histoire de Madame H. ou le lourd passé hospitalier d'une schizophrène:

Madame H. est née à Paris en 1930. La mère a été abandonnée par le vrai père de Madame H. avant sa naissance, puis la mère s'est mariée une première fois en 1939 avec un Algérien, lequel est mort en 1945, de ce premier mariage, Madame H. a une soeur de 5 ans sa cadette. Puis la mère s'est remariée en 1949, de ce second mariage, Madame H. a deux demi-frères (l'un est de 16 ans plus jeune, l'autre de 19 ans plus jeune) et une demi-soeur (de 21 ans plus jeune) ; ce second beau-père est mort également, mais assez récemment. Madame H. a été élevée dans le Loir-et-Cher par sa grand-mère qu'elle adorait jusqu'à l'âge de IO ans ; puis elle a été élevée par sa mère (avec qui elle ne s'entend pas) et par son premier beau-père qui tenait un café dans la région parisienne. Madame H. a eu une scolarité sans histoires jusqu'à 15 ans, elle a obtenu son CEP, puis a travaillé dans une usine de tissage. A 19 ans, elle quitte sa famille et se marie, elle s'installe dans une autre commune ; son mari, âgé alors de 31 ans, est perceur, le père de ce dernier est décédé en 1936 et la mère vivra avec le jeune couple. Dans les premiers temps du mariage, Madame H. exercera la profession d'employée de maison. A 20 ans (1950), elle a sa première grossesse, au cours du premier mois de l'allaitement, elle présente un long épisode fébrile, de la fatigue, elle a un abcès du sein et doit brutalement interrompre la lactation, à partir de ce moment, Madame H. montre une certaine inertie, de l'apathie, du désintérêt pour l'entourage. Le second enfant naît en 1952, elle aura 6 enfants et à chaque grossesse son état mental va s'aggraver ; les troubles du comportement apparaissent nettement après la naissance du troisième enfant en 1953, puis s'aggravent encore avec la naissance

du quatrième en 1954. En Avril 1955, Madame H., non habillée, sort dans la rue avec deux de ses enfants pour aller chez sa grand-mère dans le Loir-et-Cher, à la suite de cet incident, elle sera hospitalisée un mois dans le service psychiatrique d'un hôpital général où elle sera traitée par une cure insulinique et du Largactil. En janvier 1956, Madame H., alors âgée de 25 ans, est hospitalisée à l'Hôpital psychiatrique Z en placement volontaire après avoir été signalée par l'assistante sociale du secteur pour le désintérêt et l'incurie croissante qu'elle manifestait à l'égard de ses quatre enfants. Elle se lève tard, ne fait rien pour les enfants, ne fait pas le manger, elle est indifférente, "ça va bien..." répète-t-elle, elle ne sort pas, elle fait de mauvais rêves la nuit ; le mari, à son retour du travail, est obligé de faire un peu de ménage, de la couture, doit prendre toutes les initiatives et faire les courses. A l'examen, elle se présente de façon discordante et ambivalente : semi-mutisme, par moments réponses évasives, indifférence affective. Après avoir refusé de venir au dispensaire puis à l'hôpital, elle accepte et quitte ses enfants sans leur dire au revoir, ni manifester la moindre émotion. Le diagnostic d'hébéphrénie typique est fait, il repose sur la discordance idéo-verbale, l'ambivalence (approbativité et en même temps opposition), le refus d'alimentation sans motif net, une certaine suggestibilité ; on observe d'autre part des stéréotypies verbales continuelles soit des mots, soit des expressions : "Mon fils a été malade..." phrase répétée quatre fois avec diminution de l'intensité et du timbre de la voix à chaque itération, la dernière dans un murmure ; elle ne termine pas ses phrases, on note un télescopage des mots ; elle a quelques gestes stéréotypés (elle se tripote les doigts, fait mine d'épousseter ses vêtements); elle apparaît indifférente, puérile, souriante et béate. Il semble que cette psychose dissociative ait évolué de façon insidieuse et progressive depuis 1950, après avoir débuté comme une "psychose de la lactation" pendant la longue période fébrile qui a suivi le premier accouchement. Peu à peu, il y a eu une désorganisation de la conduite et une déchéance dans son ménage qui a retenti sur la tenue de ses enfants. Par ailleurs, on ne note pas d'antécédents

médicaux notables dans l'enfance.

Cette première hospitalisation à l'Hôpital Z va durer trois ans, elle sera entrecoupée de plusieurs permissions d'essai : dix jours, un mois, deux mois, puis une permission pratiquement permanente, d'Octobre 1957 à la sortie en Janvier 1959, permission pendant laquelle elle sera suivie au dispensaire dépendant de ce service. Madame H. aura été traitée par des cures de Sakel (63 comas en tout), 9 électrochocs, le tout sans résultats appréciables ; elle reçoit également : Largactil 25 N° 4 ; Serpasil 1 mg N°4 ; Mératran N° I. En novembre 1958, elle accouche de son cinquième enfant. Madame H. sort en Janvier 1959 : l'amélioration est suffisante pour qu'elle soit confiée à son mari sous la surveillance du dispensaire. L'état de la malade reste très déficitaire, mais elle est suffisamment surveillée et entourée pour que la permission d'une durée anormalement longue soit transformée en sortie définitive.

Madame H. vient irrégulièrement à la consultation, puis elle présente à nouveau de l'indifférence, un parasitisme mimique et un apragmatisme total ; la famille ne peut plus la supporter et Madame H. est hospitalisée pour la seconde fois à l'Hôpital Z en placement volontaire en Septembre 1959. A l'hôpital on observe : indifférence totale, incurie, discordance, sourires immotivés, désinsertion ; par ailleurs, l'état général est médiocre avec maigreur (elle a perdu 17 kilos en quelques mois), asthénie, pâleur, très mauvaise denture. Elle reçoit comme traitement : Largactil C gouttes ; Vitascorbol N° 2 ; Mératran N° 3 ; Covatine N° 3. Les examens complémentaires sont normaux ; Madame H. a des petites occupations à l'atelier, elle tricote, elle sort en permission, puis sort définitivement en Juillet 1960. Elle vient consulter au dispensaire accompagnée de son mari . En novembre 1961, elle rechute et c'est la troisième hospitalisation en placement volontaire, elle sortira en Novembre 1962. Madame H. est à nouveau enceinte, après l'accouchement du sixième enfant, elle subit une salpingectomie (et par la même occasion une appendicectomie), après quoi elle retourne pour

la quatrième fois à l'Hôpital Z d'où elle sortira en juillet 1963. Elle se maintient à peu près pendant un an et demi avec : Terfluzine N° 3 ; Largactil 100 N° I. Puis le mari, las et désabusé, la ramène à l'Hôpital Z en service libre, c'est la cinquième hospitalisation, d'Octobre à Décembre 1964. Une sixième suit de Février à Mai 1965. On note un conflit avec la belle-mère, un certain refus des rapports sexuels avec le mari, mais l'amélioration persiste avec : Tripéridol LX gouttes ; Artane 5 N° 2 ; Melleril 50 N° 5 ; elle est plus soignée, coquette, bien présente. Devant un retour de l'inertie, le traitement est changé : Moditen 25 N° 4 ; Artane 5 N°2 . Après deux ans bien passés, Madame H. refuse tout traitement et rechute : c'est la septième hospitalisation de Mars à Mai 1967 ; puis elle sort avec : Moditen 25 N°6 ; Melleril 50 N°2. Pendant les hospitalisations, les enfants ont été placés par la Protection Maternelle et Infantile dans un centre spécialisé. En 1967, sur les 6 enfants, 3 sont placés dans l'Yonne chez des parents nourriciers, dont la cadette qui est arriérée mentale ; les 3 autres (dont les deux aînés) vivent avec leurs parents. Dans les périodes difficiles, la belle-mère et la belle-soeur aident à s'occuper des enfants.

Nouvelle rechute et huitième hospitalisation en service libre en Octobre 1967 et sortie le mois suivant, Madame H. est toujours traitée par le Moditen. Cette fois-ci la rémission va être longue : 4 ans pendant lesquels Madame H. va aller très bien. Puis en Mai 1971, nouvelle rechute, avec mauvais contact, bizarreries, réticence, discordance, sourires immotivés, pas de délire ni d'hallucinations ; l'importance des signes négatifs et l'absence d'élaboration délirante sont en faveur d'une schizophrénie de forme hébéphrénique ou hébépréno-catatonique. Puis Madame H. va se resociabiliser progressivement et reprendre une certaine activité. Elle sera bien stabilisée par : Moditen Retard 1 ampoule 25 tous les 15 jours ; Artane 5 N° 3 ; elle sort en Juillet 1971.

2°. Stabilisation d'une schizophrène au sein de sa famille après une prise en charge à domicile :

Après ces neuf hospitalisations à l'Hôpital Z depuis 1956 et les intermèdes de postcure au dispensaire correspondant, je fais la connaissance de Madame H. en novembre 1971 au dispensaire de notre secteur. C'est une grande femme brune, maigre, un peu gauche ; elle répond à toutes les questions par un seul mot : oui ou non, elle sourit de façon quasi permanente. Elle présente une personnalité discordante, mais actuellement elle est bien compensée avec un bon contact ; je lui donne comme traitement : Moditen 100 N° I ; Melleril 50 N° 1.

En Mai 1972, Monsieur H. vient se plaindre au dispensaire : son épouse ne veut plus venir à la consultation, elle ne prend plus ses médicaments, elle ne sort plus de chez elle, elle ne fait rien à la maison. Je rassure le mari en lui disant que je vais aller voir son épouse à domicile avec une infirmière. Au domicile des H., logement de HLM assez vétuste et sale, le mari et la belle-mère me tiennent le même discours en un duo parfaitement réglé concernant les griefs reprochés à Madame H.; celle-ci est semi-mutique, apragmatique, indifférente, affectée d'un maniérisme stéréotypique, elle présente la série habituelle des signes négatifs de l'hébéphrénie. L'infirmière lui fait séance tenante une piqûre avec dans la même seringue : Moditen Retard I ampoule de 4 ml + Heptamyl I ampoule + Ponalide 1 ampoule. Madame H. accepte que l'on vienne lui faire une piqûre de Moditen Retard tous les 15 jours, mais refuse toujours de venir à la consultation, elle recevra régulièrement son injection bimensuelle à domicile jusqu'en Septembre 1972. Elle va beaucoup mieux, elle fait les courses, elle s'occupe très activement à la maison, elle est souriante et détendue. En Septembre, Madame H. s'est enfin décidée à venir au dispensaire ; désormais, elle viendra me voir très régulièrement tous les 15 jours au dispensaire où elle recevra par la même occasion sa piqûre de Moditen Retard .

En Octobre, Monsieur H. vient me voir pour se plaindre des troubles du comportement de son épouse (elle se lève la nuit et réveille tout le monde, elle est apragmatique), aussi je vais la voir à domicile : elle a l'air bien, la maison est bien tenue et je ne vois pas de raisons d'intervenir outre mesure malgré l'alarme du mari. En Décembre, le conflit conjugal semble apaisé, Madame H., qui vient toujours faire sa piqûre va de mieux en mieux.

En Mars 1973, Madame H. est parfaitement stabilisée, elle a trouvé un emploi de femme de ménage chez des particuliers et il n'y a aucun conflit avec l'entourage familial. Madame H. a maintenant 42 ans ; son mari, 54 ans, ancien perceur est actuellement jardinier ; tous deux vivent avec la mère de Monsieur H. âgée de 83 ans et trois de leurs enfants ; la mère de Madame H., 63 ans, vit dans une autre commune de la région parisienne avec ses autres enfants et n'a pas de contact avec elle. Quant aux enfants de Madame H. : l'aîné,23 ans, travaille à l'EDF et habite chez ses parents ; le second, 20 ans, est comptable en province ; la troisième,19 ans, est jardinière d'enfants en province ; la quatrième, 18 ans est en classe de seconde au lycée et habite chez ses parents ; le cinquième, 14 ans, présente un retard scolaire important, il est dans une école de perfectionnement et habite chez ses parents; la sixième, 10 ans, est débile, ne parle pas et est dans un centre de rééducation en province.

A ce stade d'évolution de la maladie, une hospitalisation lourde n'offrait plus aucun intérêt thérapeutique pour Madame H. et même des répétitions ou prolongations de ce type d'hospitalisation pouvaient éventuellement aggraver son état. Cependant cette malade avait encore besoin de soins importants, soins constituant une sorte d'étape avant la simple consultation au dispensaire, laquelle, entreprise trop tôt, s'avérait dans son cas tout à fait insuffisante.

Les soins à domicile,comportant ici la piqûre de Moditen Retard avec son effet direct de thérapie neuroleptique et son effet indirect de médiateur dans la relation psychothérapique, ont permis d'assurer ce relai intermédiaire entre l'hôpital et la postcure classique.

Il est important que cette méthode s'inscrive dans un climat d'échanges entre le malade, son entourage et l'équipe soignante : "Une rigidité organisationnelle fait disparaître la possibilité de parole. Or il est véritablement urgent que le schizophrène soit nourri par la parole ". (H. Chaigneau : "Prise en charge institutionnelle des sujets réputés schizophrènes. "Confrontations psychiatriques N° 2 ; Décembre 1968 ; p.157-171.)

"Les indications de l'hospitalisation à domicile concernent en fait surtout les psychotiques, d'évolution au long cours, dont les accès aigus sont traités en milieu hospitalier et qui assez rapidement peuvent et doivent réintégrer leur milieu de vie afin de ne pas s'en détacher ; à leur sortie, ces malades passent souvent par une phase de réadaptation très difficile, très anxiogène qu'ils ne peuvent traverser que si l'équipe soignante continue son traitement dans le cadre même de l'environnement habituel du malade".

(G. Baillon : "Projet d'élaboration d'un nouveau type de prise en charge des malades psychiatriques dans le nouveau cadre de la politique des secteurs créés par le réglement départemental et la convention de secteur. " Inédit ; Janvier 1973 ; page 9).

"Les visites à domicile après une hospitalisation sont bien souvent la thérapeutique la plus efficace contre d'éventuelles

rechutes. Nous connaissons tous les malades que l'on "porte ainsi à bout de bras " pendant des années et qui, sans cette relation soutenue, n'auraient pas pu surmonter leurs problèmes quotidiens." (Colloque de Chambéry : "Les visites à domicile " ; rapport présenté par une équipe soignante de l'Hôpital Charcot à Plaisir ; inédit ; Mars 1973 ; page 9.)

OBSERVATION N° 9 MADAME J.

I°. Les visites à domicile auprès de Madame J. avant son signalement au secteur :

Madame J. est née en 1944 à Paris. Elle a vécu une enfance très malheureuse, elle n'a pas connu son père, elle est la cadette de trois enfants d'une mère célibataire et chaque enfant a un père différent. La mère de Madame J. abandonnait ses enfants à leur grand-mère maternelle. Finalement, Madame J., élevée par sa grand-mère, n'a revu sa mère qu'à deux reprises, la seconde fois pour obtenir son autorisation de mariage. La grand-mère est décédée en juillet 1967 et ce deuil a été ressenti de façon extrêmement pénible par Madame J. Elle s'est mariée en août 1961 à peine âgée de 17 ans, son mari, âgé alors de 26 ans, était chef régleur sur presse ; un premier enfant est né en 1965 mais est décédé à l'âge de 18 mois d'une sténose du pylore, puis Madame J. a eu une seconde grossesse interrompue par un avortement en Février 1966, et enfin son unique enfant vivant, Alain, naît en Janvier 1967. Madame J. dit exercer la profession de couturière à domicile, mais il semble que cette activité ne s'exerce réellement que de façon très épisodique.

En Mai 1967, Madame J. est signalée au service des Alcooliques Dangereux par la brigade de la protection des mineurs. Ce signalement donnait comme renseignements l'existence de "crises de colère, crises d'ivresse, pertes de connaissance durant les crises d'ivresse préjudiciables à la situation du bébé". Elle boit depuis plus de six ans, époque de son mariage. Par ailleurs, le service social de la commune signale que la famille est connue depuis plusieurs années, mais qu'aucun contact n'a été possible ; elle ne répond pas aux convocations ou n'ouvre pas la porte lors des visites à domicile. Le médecin de la Protection Maternelle et Infantile n'a jamais pu la rencontrer.

En février 1968, un médecin attaché aux services des Alcooliques Dangereux réussit à voir Madame J. à domicile : le logement, quoique exigu, a l'air bien tenu ; l'enfant est couché dans un landeau qui lui sert visiblement de berceau. Madame J. se présente manifestement comme une débile mentale. Elle répond à quelques unes des questions, puis ayant cru comprendre que le but de la visite était le retrait de l'enfant, elle se met à pleurer et il est impossible de lui tirer d'autres renseignements précis. Elle admet cependant que, l'année précédente, elle buvait avec une "copine". Un jour, elle a rencontré un "responsable de la mairie" (?) et c'est alors qu'elle a été signalée. Elle dit ne plus boire et ne plus fréquenter cette amie de crainte qu'on lui retire l'enfant. Elle dit ne pas présenter de pertes de conscience quand elle est à jeun (sa bradipsychie est telle qu'on peut penser à une épilepsie). Elle reçoit régulièrement la visite de deux "dames très gentilles". Le mari est d'un niveau manifestement supérieur à celui de sa femme et contraste avec celle-ci. Il dit travailler régulièrement, mais sans donner de précisions sur son métier. Il confirme la sobriété actuelle de son épouse. Il montre au médecin une ordonnance du Juge des enfants de décembre 1967 confirmant une ordonnance de Juillet 1967 et confiant la surveillance en milieu ouvert de Madame J. au Centre d'Orientation Educative. Ce sont les éducatrices de ce centre qui viennent rendre visite régulièrement à Madame J. L'enfant est à ce moment âgé de 14 mois ; Madame J. dit se rendre régulièrement à la PMI. L'enfant paraît chétif, Madame J. est incapable de préciser son dernier poids ; il serait né à 8 mois ; son développement psycho-moteur paraît bon : il est assis dans son landeau et s'intéresse au visiteur. Il ne paraît pas effrayé par les visages étrangers, ni quand sa mère s'approche de lui. En conclusion, le médecin du service des Alcooliques Dangereux estime que Madame J. est une débile mentale qui semble avoir présenté des excès éthyliques par entraînement. Elle a été confiée en Juillet 1967 au Centre d'Orientation Educative et depuis cette prise en charge, de nets progrès semblent avoir été obtenus. Elle ne relève pas à ce moment de la Loi du 15 Avril 1954. Il ne paraît pas utile

alors de la convoquer au dispensaire de secteur, car il est vraisemblable qu'elle ne s'y rendra pas et qu'un essai d'une autre prise en charge ne peut que gêner celle qui a été déjà réalisée avec succès par le Centre d'Orientation Educative. Des visites à domicile ultérieures par un des médecins du service des Alcooliques Dangereux demeurent indiquées pour confirmer la persistance de l'amélioration obtenue par les mesures prises jusqu'alors.

Cependant en Avril 1968, les médecins constituant la commission prévue par la Loi du 15 Avril 1954 ont examiné le dossier de Madame J. Après avoir pris connaissance du rapport d'examen du médecin précédent, la commission a constaté l'absence de Madame J. et compte tenu des éléments du dossier, elle estime que Madame J. semble relever d'une prise en charge attentive au niveau du service central par des visites répétées et que, dès lors, les mesures prévues par la loi du 15 Avril 1954 s'appliquent au cas de Madame J.

Jusqu'en 1971, Madame J. est vue de temps à autre par une assistante sociale scolaire, par une assistante sociale polyvalente de secteur et par un médecin du service des Alcooliques Dangereux. Elle est très anxieuse et inquiète au sujet de son fils, maintenant âgé de 4 ans, qu'elle trouve "nerveux" et qu'elle a amené en consultation chez un médecin généraliste. Madame J. a eu un gros ennui dans son ménage en Avril 1971 : son mari l'a mise à la porte pour vivre avec une maîtresse, puis est venu la rechercher 8 jours après. Le mari est lui-même très anxieux, coléreux, il s'emporte très facilement, pour un rien. Monsieur et Madame J. semblent boire autant l'un que l'autre, Madame J. nie toute consommation. Devant l'insistance de l'assistante sociale de secteur, elle promet de venir à la consultation du dispensaire d'hygiène mentale de notre secteur.

2°. Tentative de prise en charge au niveau du secteur psychiatrique par des visites à domicile :

En Juillet 1971, nous recevons au dispensaire un double signalement concernant Madame J. par l'assistante sociale scolaire et par l'assistante sociale de secteur : à l'occasion de périodes d'ivresse, Monsieur et Madame J. se querelleraient violemment et certaines scènes épouvantables, dont l'enfant serait témoin, ameuteraient les voisins. Madame J. ne vient pas aux consultations successives pour lesquelles nous l'avons convoquée, en Juillet, en Août, en Septembre. En Octobre 1971, le médecin du service des Alcooliques Dangereux nous fait part de son opinion que le secteur doit prendre en charge cette dame et nous propose d'effectuer une visite au domicile de Madame J. . Devant le nombre et l'insistance de ces signalements, l'assistante sociale du dispensaire et moi décidons de faire une visite à cette dame ; nous arrivons un après-midi devant un immeuble délabré en bordure du chemin de halage d'un canal ; nous tapons à la porte, mais celle-ci reste close, pourtant nous entendons l'enfant jouer, et Madame J., vraisemblablement présente, a décidé de faire la sourde oreille, nous repartons après avoir laissé un petit mot sous la porte. Quelques jours plus tard, nous décidons de tenter une seconde visite, mais cette fois-ci le soir afin de voir le mari en même temps qu'elle. A notre grande surprise, la porte s'ouvre toute grande dès notre arrivée, il faut dire que Madame J. m'a pris pour l'agent d'assurances qu'elle attendait ce soir-là ! Nous trouvons Monsieur et Madame J. en train de dîner à la lumière d'une lampe à pétrole, l'enfant est couché. Le logement se compose de deux pièces, celle où nous sommes reçus et une chambre. Malgré sa petite taille et la vétusté de l'immeuble, il est bien tenu et équipé : cuisinière à butane neuve, poste à transistors et électrophone à piles ; une lessive d'enfant est en train de sécher. Madame J. est maintenant âgée de 27 ans, son visage est bouffi, peu expressif, elle n'est

pas maquillée, ses vêtements sont ternes. à travers un discours assez pauvre, elle apparaît immature voire infantile, instable, suggestive, hyperémotive, bornée, une certaine bradipsychie et une certaine viscosité psychique semblent dominer sa personnalité. Elle nous dit ne pas être malade, ne pas avoir besoin de nos services. Monsieur J., qui n'a pas daigné se lever de table, interrompt sa femme et nous invective de derrière son assiette. C'est un homme de 36 ans, maigre et sec,son visage est creux avec quelques signes d'imprégnation : varicosités des pommettes,subictère des conjonctives. Il apparaît assez rigide, dominant, il nous déclare être assez grand pour diriger son ménage et nous conseille d'aller plutôt voir son frère qui est également son voisin de palier et qui vit avec une "folle" qui a plus besoin de nous que Madame J. Sur ce, arrive le vrai agent d'assurances et nous partons.

En janvier 1972, l'assistante sociale du dispensaire accompagnée de l'assistante sociale polyvalente de secteur effectuent une nouvelle visite, elles trouvent Madame J. en face, chez sa belle-soeur, s'occupant de préparer les enfants de celle-ci (qui vient d'être hospitalisée à l'Hôpital psychiatrique) pour que le père (le frère de Monsieur J.) les emmène chez des parents. Madame J., à nouveau, dit ne pas penser avoir besoin de nos services. Nos démarches se sont arrêtées là pour le moment.

Madame J., habituée à recevoir des visites d'assistantes sociales et de médecins,a appris,plus ou moins sous la direction de son mari, à organiser des résistances contre ces "intrus", soit en ne répondant pas quand elle est en état d'ivresse et manifestement trop mal en point pour se montrer, soit en s'efforçant de donner une image d'elle-même satisfaisante dans les périodes d'intercrises. Certes, nos visites n'avaient pas pour but d'intervenir pour juger et réprimer, mais le but était de tenter de faire naître une relation qui aurait permis d'approcher et réduire cette pathologie du couple de type Maître-Servante (couple morbide du paranoïaque

et de la débile) sous-jacente à l'alcoolisme, et par la même occasion épargner à l'enfant les perturbations des parents, les fantaisies conscientes et inconscientes, s'exprimant sur un mode gestuel et verbal au long des années et essentiellement traumatiques pour lui.

Cette observation montre bien que la relation avec les alcooliques est très difficile ; la relation entre Madame J. et l'équipe médico-sociale du secteur n'est pas encore née, mais il nous faut être patients, l'attente peut être longue devant un alcoolique et une prochaine visite à domicile ouvrira peut-être des possibilités thérapeutiques. La visite à domicile constitue certainement un moyen irremplaçable d'établir un contact avec certains alcooliques dits "dangereux" et d'être prêt à toute éventualité, "répétée autant de fois qu'il le faudra,elle constitue une technique utilisable par toute équipe médico-sociale ; elle tend à une intervention aussi précoce que possible, avant que le couple ne soit figé dans son vécu temporo-spatial et que les siens ne soient irréversiblement marqués. " (Ph. Benda : "L'alcoolique dangereux et nous " ; Confrontations psychiatriques N° 8 ; 1972; p. 155-156).

Observation N° IO, Madame K.

1°. L'intervention auprès de Madame K., l'enlèvement d'une vieille dame opposante :

En Novembre 1971, Madame U. vient au dispensaire et s'entretient avec l'assistante sociale au sujet de sa vieille tante Madame K. Cette dernière, âgée de 80 ans, vit seule dans un petit pavillon, elle présente des troubles du comportement particulièrement majorés depuis une quinzaine de jours : elle écrit des lettres de menaces à un commerçant, elle laisse les robinets du gaz ouverts, elle a failli mettre le feu chez elle plusieurs fois, les voisins sont venus se plaindre à plusieurs reprises chez Madame U.. Madame K. était suivie par un médecin généraliste en 1969 qui lui prescrivait des sédatifs, mais elle ne prenait pas régulièrement ses médicaments et n'a pas revu son médecin traitant depuis deux ans ; actuellement, elle refuse absolument de voir un médecin. Madame .K. est née en 1892 à Reims, elle s'est mariée en 1919, elle n'a pas eu d'enfants, elle a passé toute sa vie à B... où elle était employée de bureau,, elle est actuellement retraitée depuis une quinzaine d'années ; son mari est décédé en 1969 et il semble bien que ce soit à partir de ce moment là que toute une suite de comportements pathologiques se soient extériorisés chez elle. Le lendemain, nous recevons un appel téléphonique angoissé de la nièce Madame U. : Madame K. a fait éclater sa chaudière, ceci a entraîné un début d'incendie motivant la venue des pompiers qui ont éteint le feu et dressé un constat. Madame U. nous demande de venir d'urgence voir sa tante qui ne veut plus sortir de chez elle.

Madame K. est l'aînée d'une fratrie de quatre filles, ses trois soeurs sont vivantes : la première soeur, âgée de 78 ans,

est veuve également, elle n'a pas d'enfants et elle vit seule dans un pavillon situé dans la même rue, juste en face de chez Madame K.; la seconde a 75 ans, son mari est très âgé et présente un état de gâtisme avancé, ils vivent dans le pavillon immédiatement voisin de celui de Madame K. avec leur fille Madame U. 43 ans, elle-même mariée et ayant ses deux enfants à charge ; la troisième, 71 ans est également mariée, n'a pas d'enfants, et habite dans une autre rue, mais non loin de chez ses soeurs.

J'arrive, accompagné par l'assistante sociale, chez Madame K.; nous sommes reçus par les trois soeurs et par la nièce qui semble être la personne la plus dynamique, la plus consciente, la plus responsable de la famille. Le pavillon de la malade est petit, sale, noirâtre, vétuste et contraste de façon insolente avec le pavillon voisin, tout blanc, fleuri, flambant neuf de Madame U. Madame K. est une petite vieille sthénique, courbée, ridée, menue, quelque peu négligée, il existe des traces de brûlures au niveau des cheveux, des sourcils et de la main gauche, l'état général est satisfaisant. Madame K. présente un déficit important des fonctions mnésiques : elle ne se souvient plus du début d'incendie qui vient d'avoir lieu, elle oublie ce dont on parlait dix minutes auparavant, elle-même est consciente de ses difficultés, elle me dit : "A mon âge, la mémoire ça va pas trop", elle semble plus ou moins désorientée dans le temps et dans l'espace ; cet état démentiel débutant et les troubles du comportement conduisent à penser que Madame K. ne peut manifestement pas vivre seule. Je propose une prise en charge familiale avec des médicaments et des visites fréquentes du médecin et de l'infirmière, mais ma proposition se heurte à une opposition radicale des soeurs qui arguent chacune de leurs difficultés personnelles : des soucis de santé, des soucis financiers ou autres ; quant à la nièce, elle me dit qu'elle a bien assez à s'occuper avec son père gâteux et ses enfants. Elles me disent que le maximum qu'elles avaient pu faire, c'était d'aller de temps en temps voir chez elle si elle ne faisait pas de bêtises, mais qu'il n'était pas question

qu'elle vienne vivre avec l'une d'entre elles de façon permanente et que de toute façon elles en avaient assez. Devant ce rejet général et catégorique, je ne vois pas d'autre solution dans l'immédiat que de faire hospitaliser Madame K., d'autant plus que sa maison est détériorée, que le gaz est coupé, qu'il n'y a plus de chauffage et qu'il fait froid. Madame K. qui jusque là présentait un bon contact et une excellente humeur, commence à s'inquiéter : "Je me débrouille toute seule... Je fais mes comptes", puis entendant le mot hôpital, elle se fâche et me dit : "Qu'est-ce que vous venez faire chez moi ?... Je veux rester dans ma maison." L'assistante sociale va téléphoner à l'ambulance chez Madame U. pendant que je m'efforce de rassurer la malade. Enfin Madame K., après avoir proféré un certain nombre de menaces, se décide à monter dans l'ambulance et me dit encore avant de partir : "Vous ne l'emporterez pas au paradis ! ", puis elle me ferme la portière au nez, et l'ambulance démarre, me laissant penaud sur le trottoir.

2°. Epilogue et réflexions socio-gériatriques :

Ainsi, Madame K. se retrouve hospitalisée en service libre à l'Hôpital psychiatrique X. Elle supporte assez bien son séjour hospitalier, mais ses déficits mnésiques et sa désorientation entraînent certains comportements perturbés : par exemple, elle égare ses affaires ; ou elle s'enferme dans les wc, attendant qu'on vienne la chercher. Les examens complémentaires sont normaux ou subnormaux, le fond d'oeil montre des papilles séniles, une sclérose vasculaire banale ; elle reçoit comme traitement : Sureptil n° 3 ; Lucidril 250 N° 2 ; Théralène XX gouttes le soir. Devant l'insistance de l'interne du pavillon qui écrit des lettres successives, les soeurs et la nièce se décident à venir à l'hôpital. Finalement, la nièce accepte de reprendre provisoirement la malade qui recevra des médicaments ainsi que des visites fréquentes du médecin et de l'infirmière, et ceci en attendant de lui trouver une place dans une maison de retraite. Après 6 semaines d'hospitalisation, Madame

K. sort en Décembre 1971, juste avant les fêtes. Malheureusement, quelques jours plus tard, Madame K. fait une mauvaise chute qui provoque une fracture du col du fémur et elle se retrouvera hospitalisée pour 8 mois en chirurgie, après quoi nous n'aurons plus de nouvelles.

Cette vieille dame présente un état démentiel se constituant, mais cette considération nosologique présente un intérêt moindre que les facteurs socio-affectifs aggravants, qui eux, sont responsables de la décompensation qui s'extériorise par les troubles du comportement. Il semble bien que l'isolement qui découle du veuvage et du rejet familial, ait précipité le processus de démentialisation et soit en bonne partie responsable de la pathologie additionnelle que constituent les troubles comportementaux. Madame K. est victime d'un rejet qui se situe à deux niveaux, d'une part le rejet familial : les proches ne supportent pas les facéties de leur parente, celle-ci, se sentant rejetée, s'aggrave davantage et c'est un cercle vicieux qui s'installe ; et d'autre part le rejet social qui s'exprime par les plaintes des voisins et finalement par l'hospitalisation. Ainsi rejetée et affectivement désemparée, Madame K. s'isole de plus en plus de son milieu habituel, son vécu est alors dominé par un état d'insécurité permanente, qui la rend méfiante, lui fait craindre tout changement de sa situation même précaire ; il s'ensuit pour elle des conduites de désinsertion de son milieu socio-culturel qui lui sont préjudiciables sur le plan social, sur le plan familial et sur le plan médical car elles conduiront à tout coup à la déformation de la sémiologie des affections qu'elle pourra présenter.

Cette observation montre bien que la prise en charge thérapeutique d'une personne âgée sous forme de soins apportés à domicile, ne peut se faire sans la participation active des proches, ainsi dans un premier temps leur refus a entraîné une hospitalisation qui pérennisait le rejet et ne présentait aucun intérêt thérapeutique pour la malade, mais qui a permis à sa famille de souffler

un peu et d'accepter dans un second temps de reprendre leur parente et de participer à une nouvelle dynamique de prise en charge de la malade ; malheureusement, cette tentative a été interrompue brutalement par le traumatisme accidentel de Madame K.

Cette observation amène également à des réflexions de gérontologie sociale : pour les personnes âgées, le "social" ne peut jamais être distingué totalement du "médical". Ainsi le logement est largement conditionné par l'impuissance de la personne âgée à faire face, seule, à la moindre maladie ; inversement, le traitement d'une maladie est influencé par les ressources, l'isolement, les rapports familiaux, les habitudes et le comportement de vie de la personne âgée. De la même façon, les personnes âgées peuvent présenter des modifications très vives de leur comportement en fonction des évènements extérieurs qui les atteignent, d'où une série de "crises" qui vont traverser le troisième âge : crise due à la mise à la retraite, crise due à la mort du conjoint, crise due à la perte d'autorité familiale, crise due au déracinement brutal, crise due à une diminution physique et toutes ces crises demandent que la personne âgée reçoive alors une aide et une assistance très avertie et très spécialisée de la collectivité.

-:-

CHAPITRE II

-:-

REFLEXIONS SUR LES DIFFERENTS TYPES DE VISITES A DOMICILE, LEUR OPPORTUNITE,LEURS INDICATIONS,LEURS LIMITES DANS LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES MALADES MENTAUX ADULTES

-:-

LES VISITES A DOMICILE
CONTRIBUTION A LA MORT DE L'ASILE, ET AU RETOUR DU FOU ET DU PSYCHIATRE DANS LA CITE

-:-

On peut dire que depuis des siècles on connaît la notion du médecin qui se déplace au chevet de son malade. Le médecin généraliste voit depuis bien longtemps son activité divisée en deux temps : la consultation et la visite ; cette dernière se pratiquant essentiellement après un appel lorsque le patient, trop mal en point, ne peut pas se déplacer à la consultation. Il est certain que ces visites, en permettant de pénétrer dans l'intimité des foyers et de faire connaissance avec l'entourage du malade, sont entrées pour une bonne part dans l'élaboration de la notion de "médecin de famille", vocable riche d'une signification de confiance, elle-même point de départ de l'effet thérapeutique de la personnalité du praticien (le médecin-remède avec sa présence réassurante de "sujet-supposé-savoir", ses capacités d'écoute, et ses fameuses "bonnes paroles" qui font souvent plus que l'ordonnance).

Les médecins spécialistes, eux, sont le plus souvent beaucoup moins décidés à descendre de leur tour d'ivoire, le prétexte invoqué étant la nécessité d'avoir sous la main tout un matériel technique d'investigation ou de soins ; ce matériel sert d'écran à la relation, afin que le médecin puisse régner sur son domaine : le morceau de corps malade qui relève de sa

spécialité. Le psychiâtre, spécialiste de l'esprit, pourtant directement concerné par la pathologie relationnelle, a mis bien du temps à sortir de son asile. Pendant des décennies, le médecin aliéniste a attendu que la société ségrégationniste, fonctionnant selon le schéma tolérance-rejet, lui confie ses fous ; ceux-ci, au sein de la renfermerie asilaire, offraient à l'étude attentive du psychiâtre leur pathologie mentale doublée d'une pathologie carcérale. Puis progressivement, les hôpitaux psychiâtriques ont ouvert leurs portes, notamment avec la mise en place de la politique de sectorisation, et certains travailleurs de la santé mentale ont commencé à sortir de l'asile : des assistantes sociales et des infirmiers sont allés voir des malades mentaux chez eux. Le travail des assistantes sociales se situe d'abord dehors ; chargées d'aider à régler des problèmes socio-administratifs, des problèmes socio-économiques, des problèmes d'emplois, elles sont amenées à se rendre chez les malades et à prendre contact avec leur famille ; il faut dire que parfois elles sont trop bien à l'aise chez le malade et qu'ainsi, elles sont prêtes à aller trop loin dans "l'assistance". Les infirmiers, spécialistes de la relation soignante au niveau du quotidien, ont été eux aussi amenés à visiter des malades ; il existe d'autre part des infirmiers-visiteurs dans certains hôpitaux, mais je pense que tout infirmier peut être amené à aller chez un malade, par exemple parce qu'il a noué une relation privilégiée avec ce malade pendant l'hospitalisation et qu'ainsi c'est lui qui, bien souvent, est investi du rôle offrant le plus de possibilités thérapeutiques. Plus difficilement, car marqué d'une tendance hospitalo-centriste, le psychiâtre public s'est enfin décidé lui aussi à se déplacer au domicile des malades et cette pratique s'est développée dans le cadre de l'activité extra-hospitalière de secteur à partir du dispensaire d'hygiène mentale. Il faut bien dire cependant que, si pour le médecin généraliste, le domicile du malade est un lieu familier, la visite à domicile est pour

le psychiâtre bien loin d'être un acte de routine. Ainsi, peu à peu, des malades sont sortis de l'hôpital et des psychiâtres sont sortis derrière eux (ce qui redonne son sens premier à l'expression "suivre un malade" !).

En conséquence, la pathologie psychiâtrique, replacée dans un contexte social élargi (la communauté d'origine du malade), prend un sens nouveau et suscite de nouveaux types de réponse. La visite à domicile symbolise assez bien le retour du psychiâtre dans la cité ; celui-ci se retrouve ainsi devant bien d'autres problèmes que la pathologie mentale individuelle et en particulier devant des problèmes sociaux (par exemple les grands ensembles des banlieues dortoirs, la ségrégation de certains groupes éthniques sous-prolétarisés...). Il est souvent bien difficile de différencier si les conditions de vie sont à l'origine de troubles mentaux ou si elles sont seulement révélatrices de troubles pré-existants. Quoi qu'il en soit, le psychiâtre se trouve confronté à des problèmes qui le dépassent et là, la tentation est grande de psychiâtriser la société ; à ce niveau, il peut dénoncer, mais ne peut pas se substituer aux sociologues, aux architectes, aux urbanistes, aux administrateurs, aux responsables politiques. Toutefois, dans des projets de programmation de villes nouvelles tenant compte de l'hygiène mentale, le psychiâtre doit faire preuve d'imagination en collaboration avec les équipes d'architectes et d'urbanistes. On a reproché aux psychiâtres de créer eux-mêmes, en revenant dans la cité, des demandes de soins ; je crois que c'est là une manière de déplacer sur quelques uns les responsabilités de la société toute entière qui secrète ses déviants.

La pratique des visites à domicile, ainsi que le développement des autres activités thérapeutiques extra-hospitalières (hôpitaux de jour, hôpitaux de nuit, foyers, ateliers

le psychiâtre bien loin d'être un acte de routine. Ainsi, peu à peu, des malades sont sortis de l'hôpital et des psychiâtres sont sortis derrière eux (ce qui redonne son sens premier à l'expression "suivre un malade" !).

En conséquence, la pathologie psychiâtrique, replacée dans un contexte social élargi (la communauté d'origine du malade), prend un sens nouveau et suscite de nouveaux types de réponse. La visite à domicile symbolise assez bien le retour du psychiâtre dans la cité ; celui-ci se retrouve ainsi devant bien d'autres problèmes que la pathologie mentale individuelle et en particulier devant des problèmes sociaux (par exemple les grands ensembles des banlieues dortoirs, la ségrégation de certains groupes éthniques sous-prolétarisés...). Il est souvent bien difficile de différencier si les conditions de vie sont à l'origine de troubles mentaux ou si elles sont seulement révélatrices de troubles pré-existants. Quoi qu'il en soit, le psychiâtre se trouve confronté à des problèmes qui le dépassent et là, la tentation est grande de psychiâtriser la société ; à ce niveau, il peut dénoncer, mais ne peut pas se substituer aux sociologues, aux architectes, aux urbanistes, aux administrateurs, aux responsables politiques. Toutefois, dans des projets de programmation de villes nouvelles tenant compte de l'hygiène mentale, le psychiâtre doit faire preuve d'imagination en collaboration avec les équipes d'architectes et d'urbanistes. On a reproché aux psychiâtres de créer eux-mêmes, en revenant dans la cité, des demandes de soins ; je crois que c'est là une manière de déplacer sur quelques uns les responsabilités de la société toute entière qui secrète ses déviants.

La pratique des visites à domicile, ainsi que le développement des autres activités thérapeutiques extra-hospitalières (hôpitaux de jour, hôpitaux de nuit, foyers, ateliers

protégés, structures d'accueil diverses), contribue à la diminution de la population des hôpitaux psychiatriques : les hospitalisations sont plus courtes ou même évitées ; ainsi coexistent actuellement deux types de malades dans les hôpitaux psychiâtriques : d'une part les malades aigus dont on s'occupe activement, ceux qui viennent d'arriver, ceux qui ne resteront pas longtemps, et d'autre part, les autres, les malades "sédimentés", ceux dont on s'occupe peu, ceux qui sont là depuis de nombreuses années (les vieux déments, les oligophrènes profonds, les psychotiques asilisés), ceux qui demeurent pratiquement sans espoir dans les bas-fonds du système hospitalier. Nous sommes sur ce plan à un stade où l'on parle d'abandonner le grand hôpital psychiâtrique lourd, monstrueux, au profit de diverses structures sectorielles, parmi lesquelles un possible lieu d'hospitalisation d'avenir : hôpital léger, comportant peu de lits, dont la vocation serait essentiellement de faire passer un cap aigu à certains malades ; idéalement chaque secteur comporterait un hôpital léger, mais qui ne serait qu'une structure parmi bien d'autres mises à la disposition des malades mentaux ; ces divers lieux de soins se dissoudraient peu à peu dans une médecine de quartier et un travail social revivifiés par l'apport de nouvelles conceptions et peut-être finalement la psychiatrie s'éteindrait-elle : la population prenant en charge sa folie. Mais il faut être vigilant contre le risque de détérioration des grands principes de sectorisation, il ne faudrait pas que les nouveaux mètres carrés thérapeutiques, les nouveaux lieux de soins dans la cité ne deviennent, sous l'impulsion de néo-aliénistes réactionnaires, des vacuoles, des enclaves inertes, des petites succursales asilaires quadrillant le territoire et perpétuant le rejet. La structure sectorielle doit ouvrir le monde psychiâtrique, permettre les communications et en fin de compte permettre la désaliénation. Dans cet esprit, le travail à domicile, en favorisant dans une large mesure l'insertion étroite de l'équi-

pe dans la collectivité desservie, contribue activement à cette ouverture et à cette désaliénation.

-:-

LES VISITES A DOMICILE

ESSAIS DE DEFINITIONS PAR RAPPORT A LA PSYCHIATRIE

-:-

Le Larousse donne pour le mot "visite" la définition suivante : "action d'aller voir quelqu'un chez lui" et à la partie médecine : "déplacement d'un médecin au domicile d'un malade pour l'examiner, préciser le diagnostic de l'affection et en prescrire le traitement".

Pour le mot "domicile" le Larousse dit : "lieu où quelqu'un habite ou est censé habiter en permanence ou de façon habituelle", et à la partie juridique : "lieu où la Loi présume qu'une personne se trouve, pour l'exercice de ses droits et l'accomplissement de ses devoirs". Ainsi, ce lieu comporte une notion de personnalisation, une notion de responsabilité, et une notion de fixité, il témoigne de l'implantation de l'individu dans la communauté, c'est l'endroit où se tissent les liens familiaux et d'où partent les relations avec l'extérieur, et la qualité de ces relations est en quelque sorte le baromètre de l'insertion du sujet dans la société. De cette notion de domicile, on peut rapprocher la notion de foyer, la maison natale, le patrimoine familial, les racines : "fonder un foyer" c'est fonder une famille, la cellule de base de la société ; le foyer, c'est aussi l'endroit où l'on fait le feu, sumbole de la chaleur et de la vie, "la douceur du foyer" dit-on. On

peut signaler par ailleurs qu'en pathologie, le foyer c'est le siège principal ou productif d'une maladie (foyer lésionnel), notion intéressante à rapprocher en psychiâtrie de la pathologie familiale, le foyer pathogène ayant ici les deux significations confondues.

Il ressort de tout ceci que le domicile fixe, même s'il est insuffisant, exigu, sale ou vétuste, est investi d'une charge affective considérable (les nomades, déracinés, sont très mal supportés et violemment rejetés). Le "chez soi" c'est l'intimité, le lieu de réconfort, c'est le volume privé, la bulle dans laquelle le sujet a tous pouvoirs, où aucun intrus ne pénètre sans être invité, c'est aussi l'endroit où l'on abrite ses tabous, ses secrets, ses conduites sexuelles, sa mystique propre avec ses rituels quotidiens et ses objets personnels (reliquats fétichistes) ; c'est la loge, le reposoir où l'individu est lui-même quand il a fini de jouer son rôle à l'extérieur, rôle défini plus ou moins par un contrat passé avec la société et qui correspond rarement au réel désir "d'être" du sujet.

On comprend donc que la visite à domicile puisse être vécue comme une agression, comme une "violation de domicile" (rappelons qu'en Droit "visites domiciliaire" est synonyme de "perquisition"), d'où la réticence des malades à laisser le psychiatre pénétrer chez eux et également la réticence dudit psychiâtre, quelque peu culpabilisé, à s'y rendre. Il n'est pas question que celui-ci, dans son désir de soigner son malade le mieux possible, d'en faire "son objet", vienne le traquer jusque chez lui, investisse le domicile du malade pour y exercer son pouvoir et ainsi prétendre à psychiâtriser la société, chimère d'impérialisme psychiatrique, chimère de psychocratisme. Le soignant a beaucoup plus à être là en tant qu'homme plutôt qu'en psychiâtre qui "a" ses malades, car "c'est par

l'être que passe la rencontre, c'est par l'avoir que passe l'oppression et sa complice la dépendance". (H. Chaigneau).

L'équipe soignante peut se présenter au domicile d'un malade parce que c'est un lieu privilégié d'expression du besoin de santé mentale, le but de cette équipe étant de s'informer, de dire qu'elle existe et de rendre les services de sa fonction en élaborant avec le sujet et son entourage les perspectives de soins. Dans cet esprit, il serait souhaitable que, pour chaque cas, l'opportunité de la visite à domicile soit discutée avant d'entreprendre toute initiative. Il est, pour une bonne part, de la responsabilité de l'équipe visiteuse que la visite ne soit pas vécue comme une agression, il lui appartient de ne pas outrepasser ses droits, l'équipe accomplit une démarche qui trouve porte ouverte ou porte close. Mais il faut dire que, le plus souvent, le soignant visiteur est considéré comme invité et que les habitudes de civilité sont conservées même chez des patients très perturbés : on vous présente les autres membres de la famille, on vous fait visiter le logement, on vous fait asseoir, on vous offre un verre, etc..."Tout se passe comme si l'établissement du contact soignant-soigné au lieu le plus familier du patient, rétablissait d'emblée celui-ci dans sa dignité la plus entière". (Ph.Bousquet et A. Hourton : "Le travail chez l'habitant" ; l'information psychiâtrique ; Vol. 49 ; N°4 ; Avril 1973 ; p. 366).

-:-

LES DIVERS TYPES DE VISITES A DOMICILE

-:-

1°- LES VISITES A DOMICILE D'INTERVENTION :

1) Signalement et intervention : le point de départ de la visite d'intervention est désigné par un terme policier, le "signalement" : c'est l'alarme donnée par quelqu'un qui vient, qui écrit ou qui téléphone au dispensaire ou à l'hôpital pour dire qu'il y a de la folie quelque part, qu'un individu (ou même une famille entière) n'est plus supporté ; cette information s'accompagne d'une description des faits et des personnes, laquelle description rappelle un témoignage, elle est souvent sommaire, parfois inexacte, parfois pathétique, toujours subjective. Ce signalement peut partir d'endroits divers, peut être donné par diverses personnes : assistantes sociales de coordination et de prévention, autorités administratives, servicesx de police, hôpitaux généraux, autres organismes de santé ou de prévention, médecins généralistes, employeurs , membres de la famille, voisins, Le sujet peut être d'accord, ou même se signaler lui-même, auquel cas il n'y a pas vraiment intervention, l'équipe soignante se considère en quelque sorte invitée, il s'agit là simplement de venir et non plus d'intervenir. La notion d'intervention suppose que le malade soit opposant, réticent ou tout au moins qu'il ne nous

ait rien demandé ; la notion d'intervention suppose l'interposition d'une autorité venue de l'extérieur.

2) Visites à domicile d'intervention d'urgence : l'urgence psychiatrique est considérée par certains comme parallèle aux autres urgences médicales ou chirurgicales, il faut intervenir sans délai, le temps étant à ce stade d'acuité l'ennemi du psychiatre ; d'autres, au contraire, estiment que l'urgence psychiatrique n'existe pas, c'est là un terme médical pour exprimer, plutôt que sa souffrance, une certaine dangerosité d'un sujet vis-à-vis d'autrui ou de lui-même ; le passage à l'acte est déjà fait ou bien il ne l'est pas, auquel cas, dire qu'il va avoir lieu part d'un procès d'intention, le temps est considéré par ceux-là même comme l'allié du malade et des soignants qui vont pouvoir approcher la compréhension du sujet en situation. Quoi qu'il en soit, on peut parler à certains moments de demande pressante d'aide et de soins, que cette demande soit masquée ou non.

3) Visites à domicile de préhospitalisation : plutôt que faire en sorte que l'intervention médicale remplace l'intervention policière et son circuit Infirmerie Psychiatrique près la Préfecture de Police - placement d'office, il serait préférable qu'à la notion même de visite d'intervention soit substituée la notion de visite de préhospitalisation, laquelle pourrait permettre une prise de contact avec le malade et sa famille dans de bonnes conditions, une appréciation correcte d'éléments très importants pour l'évolution ultérieure tels que les facteurs pathogènes du milieu familial, le degré de coopération des proches, ce qui fournit une sorte d'observation dynamique du patient et de sa famille.

4) Signalement initial, prise de contact et début de prise en charge thérapeutique : le signalement initial c'est

le signalement qui concerne quelqu'un qu'on ne connaît pas, alors l'interrogation quant à la conduite à tenir se pose à tous niveaux à l'équipe : qui ? quand ? comment ? où ? pourquoi ? Bien souvent, avec le peu d'éléments dont nous disposons, nous discutons préalablement de l'opportunité de la visite, craignant qu'elle soit intempestive, et en même temps nous savons bien que c'est seulement sur place qu'on pourra se rendre compte : l'aboutissement est que, de toute façon, un ou plusieurs membres de l'équipe soient concernés, puis impliqués. Ce type de visite, d'aspect parfois impératif et brutal, peut conduire à l'hospitalisation immédiate et être vécue de façon dramatique et par le malade qui se considère amené "manu militari" en prison psychiâtrique, et par l'entourage culpabilisé d'une certaine complicité et honteux devant les regards curieux des voisins-prêts- aux-ragots, et enfin par l'équipe soignante se sentant déviée de sa vocation soignante initiale vers un rôle répressif de maintien de l'ordre. Il appartient pourtant à cette dernière de faire en sorte que le début de la prise en charge, si difficile soit-il, favorise entre le soigné et les soignants un climat de confiance qui permettra de dédramatiser la situation et rendra l'hospitalisation plus facile si ce n'est acceptée. Dans d'autres cas, la visite à domicile d'intervention peut se transformer en visite à domicile de prise de contact, il n'est plus question d'hospitalisation immédiate, la dédramatisation permet de temporiser, voire d'éviter l'hospitalisation, une autre forme de prise en charge pourra alors être mise en oeuvre. Que la visite qui va nous amener à faire connaissance avec le sujet ait un caractère interventionniste ou non, elle va entraîner un premier contact à partir duquel des relations vont naître entre le sujet, son entourage et l'équipe soignante ; ces premières relations sont essentielles car elles conditionnent l'avenir de la prise en charge thérapeutique , et finalement l'avenir du malade lui-même.

5) Visites à domicile d'intervention chez un sujet déjà suivi : l'équipe soignante peut être amenée à intervenir auprès d'un sujet déjà connu, par exemple après une sortie de l'hôpital trop précoce ou mal préparée, ou bien à l'occasion d'une décompensation brutale survenant au cours d'une cure ambulatoire ; en général la visite est vécue différemment, la présence d'une référence autoritaire est alors parfois bénéfique pour réassurer le malade et pour l'aider à se resituer. Il n'est pas évident que le psychiâtre traitant doive effectuer cette visite à domicile dans un esprit de continuité de la prise en charge, la visite peut être faite par un autre soignant ; la continuité de la prise en charge ne doit pas être la pérennité des mesures et des attitudes qui ne peut être que sur-aliénante, elle doit laisser une place indispensable à une discontinuité possible des soins. "Ce qui fonde la continuité du service public étant en quelque sorte la continuité de la disponibilité de l'équipe soignante vis-à-vis du malade... l'important est la manière dont il nous trouve toujours là. Et ainsi il décide sa manipulation de sa distance par rapport aux objets thérapeutiques et pas simplement par rapport au médecin". (H. Chaigneau, D. Karavokyros et G. Baillon : "Remémoration d'une équipe à propos d'une vingtaine de psychotiques". Colloque International sur la psychose ; Paris ; 1972 ; p.12).

6) Vers un centre de soins ambulatoire : un certain secteur, où je suis resté peu de temps, projetait de s'organiser pour répondre aux signalements : il existerait un groupe, toujours le même, en quelque sorte spécialisé dans la visite à domicile d'intervention, qui s'appellerait "commando d'intervention" ; les autres membres de l'équipe, consultants, s'occupant de la "psychiatrie de fond". Cela me rappelle un médecin militaire qui faisait un parallèle entre le combat militaire et le combat médical : le médecin c'est l'officier, les infirmiers ce sont les soldats, les thérapeutiques ce sont

les armes, l'ennemi c'est la maladie ; il avait oublié un détail important : c'est que dans sa conception, le champ de bataille c'est le malade ! A l'inverse de cet activisme paramilitaire que nous oublierons bien vite, je pense que chaque soignant doit pouvoir être disponible pour un éventail assez large de méthodes de soins, et ceci dans l'intérêt de sa propre formation comme dans l'intérêt des malades. Quant à nous, nous avons décidé de sous-sectoriser le secteur, ainsi nous avons créé trois sous-secteurs. Deux médecins (internes du service ou CES vacataires) et une psychologue prennent en charge les malades d'un sous-secteur et répondent à toutes les demandes et les signalements qui en émanent ; l'assistante sociale, l'infirmière de postcure et la secrétaire de l'équipe adulte assurent la coordination entre les sous-secteurs ; le médecin-chef a un rôle de supervision et en même temps est intégré à l'un des sous-secteurs ; le moniteur-ergothérapeute préfère se tenir en dehors de la sous-sectorisation et se consacrer à la mise en place d'une structure d'accueil. Nous souhaiterions que des infirmiers de l'hôpital participent, mais cela suppose de faire reconnaître tout un travail extra-hospitalier actuellement ignoré par les organismes payeurs. Si la visite d'intervention nécessite la présence d'un médecin car une décision doit être prise sur le plan immédiat, sur le plan médiat la présence d'un infirmier est hautement souhaitable, voire indispensable, car il est le plus à l'aise au domicile du malade et sait mieux que tout autre type de soignant, utiliser avec justesse les objets familiers quotidiens dans sa relation et ainsi rendre l'intervention mieux acceptée et mieux adaptée.

Ainsi le dispensaire, fonctionnant comme : lieu de consultations, lieu de soins, lieu d'accueil, lieu de coordination (avec le service hospitalier, avec les autres centres de santé et de prévention, avec les organismes socio-administratifs du secteur, avec les autorités locales), est également

le point de départ des visites à domicile, lequel deviendra peut-être un centre de soins ambulatoire.

7) Approche théorique des indications de la visite à domicile d'intervention : Il est particulier de parler d'indications pour les visites d'intervention dans la mesure où le soignant est déjà venu ou intervenu quand il a pu, a posteriori, juger de l'opportunité de sa démarche. Parler d'indications pour les visites d'intervention revient donc en fait à énumérer les causes des appels pressants, ce qui recoupe la classification classique des "urgences psychiâtriques". Ainsi, l'intervention rapide à domicile est effectuée pour des malades posant un problème d'acuité, lequel est classable le plus souvent dans la nosographie psychiâtrique classique :

- Les psychoses :

  . Les schizophrénies :
    - Agitation schizophrénique chaotique, accès de fureur catatonique, impulsions, scènes clastiques vécues dans l'indifférence.
    - Accès maniaque atypique.
    . Etat dépressif atypique.

  . Les psychoses délirantes chroniques :
    - Paranoïa délirante, les paranoïaques délirants peuvent devenir dangereux, surtout quand il existe des troubles du comportement, quand il y a un persécuteur désigné.
    - Psychose hallucinatoire chronique et paraphrénie: certains moments "féconds" vécus sur un mode aigu, mais ces états délirants sont souvent très longtemps supportés et posent rarement un problème d'acuité.

. Les psychoses périodiques :
  - Accès mélancolique avec dépression majeure et gros potentiel suicidaire.
  - Accès maniaque aigu avec agitation et sur-excitation.

. Les psychoses aiguës :
  - Bouffées délirantes aiguës,
  - Etats confusionnels aigus,
  - Expériences délirantes aiguës toxicomaniaques.

- Les états démentiels et les perturbations accompagnant la sénilité :
  . Syndromes dépressifs chez le vieillard,
  . Agitation, troubles du caractère et du comportement.

- L'alcoolisme :
  . Delirium tremens, pré-delirium, agitation confuso-onirique de l'éthylisme subaigu.
  . Ivresses pathologiques avec gestes dangereux.
  . Psychoses alcooliques avec délire de jalousie.

- L'épilepsie : fureur épileptique :
- Personnalités pathologiques : agitation psychopathique.
- Les névroses :
  . Etats dépressifs névrotiques et réactionnels graves.
  . Agitation névropathique aiguë réactionnelle.
  . Crise aiguë d'angoisse.
  . Grande crise d'hystérie.

- La débilité mentale : troubles du caractère et du

comportement, actes antisociaux réactionnels à un milieu frustrant et rejetant.

- Les crises de l'adolescence ; troubles du comportement à la limite entre la délinquance et une pathologie mentale débutante.

- Les états confuso-oniriques aigus d'origine organique : maladies infectieuses, syndromes méningés, intoxications.

On voit finalement que toute la pathologie mentale peut nous conduire à effectuer une visite d'intervention. Ces indications sont dominées par deux types de crises aiguës: les états d'agitation importante et les états dépressifs majeurs, elles sont donc davantage en rapport avec la sémiologie, avec des types de comportement, avec des types de situations qu'avec la nosologie. Il est nécessaire, au cours de ce premier contact, d'approcher le diagnostic, d'une part pour ne pas passer à côté de troubles mentaux symptomatiques d'une affection organique, et d'autre part pour prendre une décision qui pourra être une hospitalisation (hôpital psychiâtrique, ou parfois hôpital général) ou un autre mode de prise en charge thérapeutique.

8) Approche des limites de la visite à domicile d'intervention :

- Les limites nosologiques. Crises d'agitation aiguë (avec leur menace de passage à l'acte) et crises dépressives aiguës (avec leur menace suicidaire) : les indications des visites d'intervention tournent autour de ces deux syndromes sémiologiques doublés de menaces anti-sociales. Pourtant, si ces deux types de manifestations cliniques peuvent théoriquement survenir dans le cadre de chaque maladie mentale ou presque, notre pratique quotidienne nous montre bien que la très

grande majorité des interventions urgentes se fait auprès des psychotiques, des alcooliques, des sujets âgés plus ou moins démentialisés. Cette remarque permet très schématiquement de classer à la limite de l'intervention psychiatrique urgente :

. Les névroses qui doivent le plus souvent bénéficier d'un autre type d'approche, qu'elle soit psychiâtrique (publique ou privée), psychothérapique, ou psychanalytique.

. Les affections psychosomatiques nécessitant la collaboration entre généralistes, spécialistes et psychothérapeutes.

. Les affections somatiques qui relèvent du médecin généraliste, ou d'un spécialiste.

- Les limites médico-légales, problème de la dangerosité : même si l'on tente de libérer au maximum la prise en charge thérapeutique de son contenu coercitif, on ne peut escamoter le problème de la dangerosité. les faits agressifs graves de la part des malades mentaux sont exceptionnels, ces états de sur-acuité relèvent bien entendu de l'intervention des forces de l'ordre ; les exemples que nous donne la presse à sensations (homicides, "Fort Chabrol") bien que rares, sont montés en épingle par les journalistes pour alimenter la peur et satisfaire au goût morbide de la population bien-pensante afin de vendre leurs papiers. Mais l'effet qui en découle est catastrophique, car à chaque accident de ce type répond une vague répressive et un rejet massif des malades mentaux. Ainsi, toute erreur d'appréciation de cette dangerosité par le psychîatre peut déclancher des conduites sociales répressives conduisant inévitablement à un renforcement de l'enfermement, ce qui va à l'encontre de la véritable défense sociale qui passe par la tolérance et par l'action thérapeutique qui s'effectue dans les meilleures conditions sur le mode ambulatoire.

- Les limites individuelles : ces réflexions théoriques ne doivent pas faire oublier que l'équipe soignante est en situation avec un être humain et non un cas qu'il faut avant tout classer dans la nosographie psychiatrique, notre compréhension doit être personnalisée ; pour chaque individu, une conduite opportune doit être choisie afin d'éviter les manoeuvres intempestives. Ainsi, après appréciation de la situation, il peut arriver que l'intervention ne soit faite non pas auprès du signalé, mais auprès d'un tiers (un autre membre de sa famille par exemple) ou même auprès du signalant lui-même (un voisin par exemple).

9) Le vécu de la visite à domicile d'intervention par le soignant : il est certain que quitter les structures rassurantes du dispensaire pour effectuer une visite crée un sentiment d'angoisse pour le soignant, et a fortiori s'il s'agit d'une intervention pouvant aboutir à une hospitalisation. Dans ce cas, nous nous efforçons de partir au moins à deux : un médecin et l'assistante sociale, ou un médecin et l'infirmière; nous tentons de rationnaliser cette attitude en disant que nous voulons donner une image de couple rassurante, ou bien que, pour des raisons pratiques, il vaut mieux qu'un soignant dédramatise l'acte pendant que l'autre téléphone à l'ambulance. Quoi qu'il en soit, il semble bien en fait que ce désir du soignant d'être accompagné procède d'une conduite de réassurance de nature contre-phobique pour lutter contre la situation anxiogène. Après tout, peut-être cette anxiété des soignants est-elle productive, stimulant leur imagination et leurs efforts pour trouver avec le malade et l'entourage un point d'ancrage qui sera le point de départ de la dynamique de la prise en charge thérapeutique.

2°- LES VISITES A DOMICILE D'ENTRETIEN ; RELANCE THERAPEUTIQUE ; SOUTIEN THERAPEUTIQUE :

1) Visites à domicile et relance thérapeutique : certaines visites sont effectuées dans le sens d'une "relance thérapeutique" chez d'anciens malades qui ne viennent plus au dispensaire ; il s'agit d'interventions sans signalement préalable, qui entrent dans le cadre d'une surveillance médicale, d'un contrôle médical, d'une observation au cours de l'évolution chez des malades pour lesquels on peut craindre une rechute. S'il appartient au soignant de décider de la fin d'une prise en charge thérapeutique, il ne peut, à chaque fois que le patient interrompt de lui-même sa cure ambulatoire, relancer systématiquement un traitement. Il lui appartient de juger, pour chaque cas, si cette relance est opportune ; il peut sembler légitime pour le soignant de s'inquiéter d'un silence en particulier si le patient présentait une pathologie lourde, mais il lui faut également savoir reconnaître les limites de la demande.

Cette relance concerne en premier lieu les psychotiques, surtout ceux qui ont présenté des troubles du comportement, un état délirant, une indifférence profonde ; pour ces malades, le silence, la non venue à la consultation rituelle, peut recouvrir une rechute. Le vocable de "visite d'entretien" est peut-être préférable puisqu'il s'agit d'entretenir une relation qui doit permettre d'éviter un rejet en cas de crise.

Chez les alcooliques, avec lesquels la relation est souvent très difficile, le visiteur peut être vécu comme répressif et voyeur, mais la visite permet de reprendre contact, d'apprécier le cadre de vie et les interactions de tous ordres. La visite de relance permet d'apprécier l'état des relations

avec la conjointe (connivence ou attitude de reproche), l'état des relations avec les enfants, finalement de mieux cerner sous cet alcoolisme la structure pathologique de l'individu, la pathologie de l'entourage socio-familial. Le soignant disponible va ainsi au-devant de la demande, la suscite au besoin ; il ne doit pas osciller entre l'attitude de rejet agressif et l'attitude de soutien apitoyé, il est ni juge ni parti, il est dans une attitude de "neutralité bienveillante", il guette et tente de provoquer la constitution de la relation thérapeutique.

Si nous avons tendance à aller au-devant des psychotiques, nous avons par contre moins tendance à aller en visite chez les névrotiques, nous préférons les laisser se déplacer vers nous, peut-être parce qu'ayant conservé les principes de réalité, ils sont capables de formuler une demande assez claire et d'investir en temps et déplacements au niveau d'une relation transférentielle. Les visites à domicile perpétueraient ainsi quelque chose de l'ordre de la régression chez le névrotique. Cependant, si ces réflexions contribuent à limiter les visites à domicile auprès des névrotiques, il ne s'agit en aucun cas d'une contre-indication.

Les indications et les limites des visites de relance thérapeutique rejoignent en quelque sorte celles des visites d'intervention, puisque la relance provoquée est une forme d'intervention.

2) Visites à domicile d'entretien et soutien thérapeutique : certaines visites sont effectuées avec l'accord du malade et de l'entourage au cours d'une cure ambulatoire, ou en postcure après une hospitalisation. Elles sont plus ou moins régulières, plus ou moins rapprochées, pour une durée souvent longue (très rapprochées et pour une durée courte, elles rejoi-

gnent la formule d'hospitalisation à domicile). Ces visites permettent de noter une différence nette du comportement du malade en consultation duelle au dispensaire d'une part, et dans son milieu familial d'autre part ; dans certains cas favorables, elles nous permettent de découvrir le mode de vie normalisé de ceux qu'on avait toujours connus malades, dans d'autres cas, elles peuvent permettre la mise à jour d'une chronicité entretenue par un milieu pathogène.

Ces visites sont particulièrement indiquées pour médiatiser une thérapie familiale : famille d'un psychotique dont la bizarrerie fait peur, famille d'un jeune débile, famille d'un adolescent perturbé, famille d'un jeune pré-psychotique dont les troubles du caractère et du comportement inquiétent, famille d'un vieillard démentialisé, présentant des troubles de l'humeur et qui n'est pas supporté. Cette thérapie familiale constitue une institution soignante qui n'est plus représentée par les murs où se place la thérapie, mais par les membres eux-mêmes de l'équipe en quelque lieu qu'elle soit; cette institution permet la communication et les transferts, ainsi chaque soigné peut s'adresser à "n'importe qui" mais pour que ce soignant ne fasse pas "n'importe quoi" (Congrès Hospitalisation à Domicile, Beaune, 1970), "la possibilité du laisser pouvoir parler à qui écoute est l'essentiel du travail de l'institution soignante" (Ch. Mazel : "Principes théoriques sur la thérapie familiale à l'aide d'un exemple pratique " ; l'information psychiatrique ; Vol. 49 ; N°4 ; Avril 1973 ; p. 364) ; l'essentiel est d'aboutir à la restructuration d'un réseau relationnel permettant d'éviter la mise à l'écart en cas de crise.

Ces visites permettent de découvrir les corrélations étroites entre la personnalité du patient et son "intérieur" ; ainsi, certains malades délirants incorporent leur maison dans leur délire, lequel redouble de richesse, créant des personnages,

des lutins protecteurs dans la maison ; d'autres vivent avec des fantasmes qui prennent corps davantage dans l'intimité du foyer, mais les gens normaux eux-mêmes ne vivent-ils pas chez eux avec leurs propres fantômes ? (On est bien à l'aise chez soi avec ses fantômes familiers, ses bons fantômes - les anciens les appelaient Lares, les dieux du foyer - ; on est mal à l'aise dans la maison d'un autre qu'on ne connaît pas, maison inconnue qui devient à certain moment paroxystique : "maison hantée", où le fantasme de l'étranger inquiétant, au cours de cet épisode de xénophobie aiguë, devient le fantôme terrifiant).

Ces visites sont également intéressantes sur le plan géronto-psychiâtrique : elles permettent d'entretenir régulièrement l'apport d'un soutien à une famille ayant un vieillard difficile en son sein : vieillard grabataire, vieillard dément, vieillard présentant des troubles de l'humeur, des troubles du comportement. Un apport socio-médical, fait de la présence d'une aide familiale et de visites à domicile de soutien régulières effectuées fréquemment par un infirmier-visiteur et de temps en temps par un médecin, contribue à alléger la prise en charge familiale et ainsi le vieillard, mieux supporté, peut espérer demeurer dans son milieu familier. Dans le même esprit, soins et soutien peuvent être apportés aux familles ayant en leur sein un encéphalopathe ou un handicapé psycho-moteur.

3°- LES VISITES A DOMICILE D'INFORMATION, LES DEMARCHES :

1) L'information et la perspective curative individuelle : s'informer c'est aller plus loin. On peut être amené à aller au domicile du malade, d'un parent, d'un voisin, de l'employeur afin d'approcher une meilleure connaissance de l'entourage socio-familial du patient, d'ainsi mieux comprendre la pathologie qu'il présente et finalement de mieux adapter les

possibilités thérapeutiques. Aller voir un malade dans son milieu habituel est bien souvent riche d'enseignements, ainsi, "aller voir un psychotique dans sa famille, c'est aller voir au coeur de la psychose". Nous prenons des informations, mais aussi, nous en donnons en échange : nous disons que nous existons et au besoin nous contribuons à démystifier les préjugés vis-à-vis de la maladie mentale. Le but est de faire circuler la communication et la compréhension autour du malade dont on a la charge thérapeutique.

2) L'information et la perspective préventive collective : on peut contribuer à faire circuler l'information à l'occasion de démarches faites auprès des habitants du secteur: rencontres culturelles avec la population ; rencontres avec les élus et les collectivités locales ; rencontres avec les groupes ou personnes s'occupant des vieillards ; rencontres avec les assistantes sociales communales ; rencontres avec les écoles, les crèches, les tribunaux pour enfants, l'Aide Sociale à l'Enfance, la PMI, etc...Ainsi, mieux informés, nous et les autres, pouvons approcher une meilleure coordination et ainsi une activité mieux adaptée.

4°- L'HOSPITALISATION A DOMICILE :

1) Essai de définition : l'hospitalisation à domicile consiste en un mode de prise en charge thérapeutique étroite et pendant une durée déterminée d'un malade à son domicile par l'entourage familial qui participe activement avec l'équipe soignante, laquelle, par des visites fréquentes et répétées apporte des soins intensifs sous formes diverses : soins médicamenteux, soins psychothérapiques, dynamique relationnelle. Il s'agit donc d'une permanence soignante instituée au domicile du malade, permanence assurée de façon continue par l'entourage et discontinue par les visites fréquentes des soignants.

L'hospitalisation, c'est "l'admission et le séjour dans un hôpital" avec les garanties que cela offre : présence permanente de soignants qui ont tous les moyens ou presque de soins et d'investigations à leur disposition immédiate, possibilités d'examens complémentaires, surveillance étroite, omniprésence d'une institution sécurisante, prise en charge financière par la Sécurité Sociale. L'hospitalisation comporte également certains inconvénients : rupture avec le cadre familier souvent vécue de façon dramatique, une certaine carcéralité qui demeure malgré les efforts d'ouverture des hôpitaux psychiâtriques, les difficultés à sauvegarder le respect, la pudeur et la tolérance d'autrui c'est à dire la dignité, la promiscuité souvent néfaste avec d'autres malades présentant une pathologie lourde, la menace toujours possible d'une chronicisation sous forme d'asilisation. La prise en charge intensive à domicile, n'offrant ni les mêmes avantages ni les mêmes inconvénients, ne peut mériter le nom d'"hospitalisation" et ainsi l'expression "hospitalisation à domicile" peut apparaître comme un abus de langage, on peut lui préférer comme d'autres ont proposé : "unité psychiâtrique de soins familiaux et de traitement à domicile" ou plus simplement : "soins ambulatoires intensifs". Cette technique comporte également ses avantages et ses inconvénients. Le domicile du malade devient un lieu thérapeutique mais une maison n'est pas prévue pour soigner, aussi tout est à créer : l'équipe visiteuse est un groupe mobile qui structure avec l'entourage et le malade un réseau relationnel dynamique qui constitue une permanence soignante, l'institution soignante est donc représentée non par les lieux, mais par les personnes. Cette institution peut ensuite éventuellement se transporter en d'autres lieux de rencontres que le domicile.

2) Opportunité de l'hospitalisation à domicile : cette méthode peut apparaître opportune quand un certain nombre de conditions se trouvent réunies : lorsque l'état du

malade en pose l'indication, lorsque la bonne volonté familiale en offre les possibilités, lorsqu'un groupe soignant se sent prêt à s'y impliquer.

I - Cette opportunité peut apparaître pour éviter le temps obligé d'hospitalisation marquant la rechute : malade en période de décompensation pour qui l'hospitalisation en établissement psychiâtrique n'offrirait aucun intérêt thérapeutique, serait traumatisante ou même anti-thérapeutique.

Cette prise en charge intensive à domicile peut permettre de dédramatiser une situation, permettre de temporiser, et même d'éviter l'hospitalisation. Elle sera limitée dans le temps et permettra le relai par un autre type de prise en charge : traitement ambulatoire au dispensaire, hôpital de jour, cure psychothérapique, etc..

2 - Cette opportunité peut apparaître également pour raccourcir la durée d'une hospitalisation en milieu spécialisé : les soins ambulatoires intensifs constituent alors une étape entre l'hôpital et la consultation d'hygiène mentale. L'intensité de ces soins doit alors diminuer de façon dégressive, afin de mieux assurer la transition avec une prise en charge ambulatoire moins étroite, ce qui permet une autonomisation du malade et finalement une réinsertion progressive dans son milieu.

3 - L'opportunité de l'hospitalisation à domicile apparaît donc surtout lorsque les inconvénients de l'hospitalisation en milieu spécialisé sont au premier plan : intolérance majeure au milieu hospitalier avec risques de fugues ou d'aggravation, ou au contraire trop bonne tolérance avec risques de chronicisation et de fixation. Ces soins intensifs à domici-

le des malades mentaux correspondent à une fonction thérapeutique spécifique qui peut apporter à certains moments la meilleure réponse que peut offrir l'organisation du secteur à une demande de soins : ainsi certains malades pourraient rester dans leur cadre, y guérissant mieux parce que mieux"accrochés à la vie". Les chroniques, les personnes âgées, combien parmi eux, transplantés dans des services hospitaliers psychiâtriques deviennent des "incurables" parce qu'ils y perdent le goût de vivre.

3) Indications de l'hospitalisation à domicile : elles se posent surtout pour des malades pour lesquels la consultation au dispensaire apparaît insuffisante en même temps que l'hospitalisation en hôpital psychiâtrique apparaît trop lourde ou sans intérêt thérapeutique. Les indications sont posées en fonction des comportements, des situations, d'un milieu de vie, d'une pathologie (moments subaigus d'états chroniques).

I - Ces indications se posent en premier lieu pour certains psychotiques chroniques : schizophrènes, psychotiques maniaco-dépressifs, délirants chroniques. Ces malades peuvent présenter, en cours d'évolution, une reprise d'un état délirant; une reprise d'indifférence et d'apragmatisme, des perturbations de l'humeur ou du caractère, troubles qui, sans être aigus, peuvent inquiéter sans pour cela nécessiter l'hospitalisation lourde. La méthode de soins intensifs à domicile peut également permettre d'écourter une hospitalisation consécutive à un épisode aigu, elle permet de prendre en charge le psychotique dès sa sortie, celui-ci peut ainsi réintégrer son milieu habituel plus rapidement et dans des conditions moins anxiogènes, sans avoir eu le temps de se détacher de son milieu socio-familial, ni de "s'asiliser" à l'hôpital. Cette étape peut être utilisée également pour préparer avec le malade et son entourage le passage à une autre unité de soins : hôpital de jour, atelier,

participation à un groupe, etc...

2 - Ces indications se posent de façon excellente pour certaines personnes âgées : la formule de soins intensifs à domicile représente pour eux une approche thérapeutique plus adaptée que l'hospitalisation abusive en hôpital psychiâtrique qui n'est que l'aboutissement d'un rejet social ou familial. De nombreux vieillards impotents, grabataires ou atteints de troubles psycho-organiques d'origine sénile ou artériosclérotique se retrouvent dans un service psychiâtrique, lieu qui ne leur apporte rien sur le plan thérapeutique, ou même les aggrave puisqu'on sait à quel point les vieillards supportent mal tout bouleversement de leur vie habituelle et a fortiori le drame d'une hospitalisation. Ces hospitalisations abusives en hôpital psychiâtrique des personnes âgées sont doublement néfastes ; d'une part parce qu'elles risquent d'accélérer le processus de démentialisation chez ces vieillards affectivement désemparés, et d'autre part parce qu'elles alourdissent la vie du service hospitalier, ce qui retentit immédiatement sur l'ensemble des malades. La formule de soins intensifs à domicile apparaît ainsi opportune pour des troubles qui accompagnent souvent la vieillesse : soit des troubles encore légers : petit délire chronique de persécution, état sub-dépressif, troubles du caractère, troubles de la mémoire, confusion a minima ; soit des troubles témoignant d'une évolution démentielle plus importante: désorientation temporo-spatiale, détérioration des facultés intellectuelles, troubles du comportement ; soit même des états plus graves : vieillards gâteux, impotents ou grabataires. Cette formule de soins apporte de bons résultats quel que soit le stade d'évolution de la démence, l'important est que le vieillard puisse demeurer le plus longtemps possible dans son cadre habituel, ce qui le maintient dans son statut d' être humain à part entière ; les indications sont en rapport non pas avec la gravité du syndrome présenté par le sujet âgé, mais avec sa situation

socio-familiale, d'où l'importance du degré de coopération des proches, de l'apport social éventuel : aide ménagère ou aide sanitaire, et de l'aide médicale : fréquentes visites infirmières et participation d'un médecin.

4) Les limites de l'hospitalisation à domicile :

I - les limites et la nosologie : les indications de cette formule apparaissent donc en rapport avec des symptômes et des situations socio-familiales ; pourtant ces indications apparaissent plus précises, souvent posées pour des psychotiques chroniques ou pour des personnes âgées, ceci est une constatation de fréquence et non une exclusive. Cependant cette formule présente un intérêt moindre pour les névrotiques qu'elle risque de maintenir ou même enfoncer davantage dans une situation de régression et de dépendance ; elle apparaît aussi moins intéressante pour certaines personnalités psychopathiques, certaines personnalités prédélinquantes, certains alcooliques dont l'état nécessite des réponses diverses alternées, tantôt de l'ordre de l'aide et de la compréhension, tantôt de l'ordre de l'autorité et de la surveillance. Bon nombre d'états aigus doivent être traités en milieu spécialisé, les soins intensifs à domicile n'ont pas pour but d'éviter à tout prix l'hospitalisation, mais de contribuer à élargir notre éventail des possibilités thérapeutiques.

2 - Les limites et le soigné : l'opportunité de l'hospitalisation à domicile sera jugée, non pas par rapport à la maladie présentée, mais par rapport à l'individu lui-même : sa personnalité, son histoire, sa situation socio-familiale, ses conditions de vie, ses difficultés passées et actuelles à "être".

3 - Les limites et l'entourage : obtenir l'adhésion des proches (famille, entourage immédiat) et la certitude qu'ils

pourront tolérer le malade compte tenu du soutien apporté par l'équipe soignante, constitue une condition formelle du succès de l'expérience.

4 - Les limites de temps : il appartient à l'équipe soignante de limiter dans le temps l'expérience : 15 jours, 1 mois, prolongation jusqu'à 3 mois ou plus. Une durée anormalement longue comporte un risque "d'asilisation aussi grave que l'asile". Tout instrument de soins peut devenir répressif s'il n'est pas limité avec un début et une fin, et constamment contrôlé comme thérapeutique. La fréquence des visites des soignants doit aussi être fixée : deux visites par jour, une visite quotidienne, deux ou trois visites hebdomadaires, ou une visite hebdomadaire. La fréquence des visites peut varier : il est logique que les visites soient massives au début pour s'espacer de plus en plus et tendre vers zéro. Ces visites sont effectuées le plus souvent par un infirmier, qui devrait être l'artisan essentiel de ce travail, mais d'autres soignants doivent se déplacer : médecin, psychologue assistante sociale, Par la suite, l'institution soignante pourra se déplacer avec le malade (seul ou avec sa famille) au local de regroupement de l'équipe. Dans ce lieu, à côté des autres activités thérapeutiques, ce type d'activité peut se structurer et s'instituer en un centre de soins ambulatoires.

5) Le rôle des soignants : l'hospitalisation à domicile permet d'appréhender le vécu familial, de mieux saisir les relations pathologiques entre le malade et son milieu et éventuellement d'agir sur ce milieu pathogène en favorisant le régablissement d'une communication harmonieuse. Les soins intensifs à domicile peuvent être confiés soit à une équipe spécialisée, fixe , structurée tout spécialement en fonction de cette activité, ou bien à un groupe variable s'instituant de façon différente pour chaque demande ; la première possibilité apparaît

plus claire, plus solide, plus efficace, garantissant une certaine pratique plus facile à faire reconnaître par les organismes payeurs ; mais la seconde possibilité apparaît plus imaginative, plus ouverte, c'est une garantie contre une surspécialisation sclérosante, c'est une garantie de meilleure formation pour les soignants qui, tour à tour, participent et finalement, cette seconde possibilité apparaît plus proche, plus adaptée à la demande, mais pratiquement impossible à faire reconnaître pour un financement ; il appartiendrait à chaque secteur de faire son choix entre ces deux éventualités.

Cette pratique repose essentiellement sur le travail des infirmiers car ils sont les spécialistes de la médiation au niveau du quotidien : ils sont à l'aise au milieu des objets familiers, des tâches du ménage et de la cuisine, ils sont familiarisés avec les formes pharmaceutiques des médicaments, ils connaissent tous les effets psychologiques qui accompagnent la prise de ces produits. D'autres soignants participent : l'assistante sociale au niveau des problèmes socio-administratifs la psychologue au niveau relationnel; le médecin a surtout un rôle de supervision, il intervient au début, posant l'indication thérapeutique de cette formule et prescrivant le traitement médicamenteux, il revient dans un but de "contrôle médical". Il convient que le partage des rôles ne soit pas déterminé de façon trop précise, mais à l'inverse les initiatives inconsidérées sont à éviter ; le rôle peut déborder la fonction sans pour autant que chacun prenne la place de l'autre. Ce travail demande à être complété au niveau de lieux de réunion, où des réflexions sont échangées et des décisions prises. Se déplaçant du centre de soins ambulatoire au domicile du malade, éventuellement à son lieu de travail ou dans son voisinage, et prenant le temps d'écouter et d'observer, le groupe soignant de soins à domicile est astreint à une grande mobilité et à des horaires irréguliers, d'où la nécessité de structures souples.

6 -) Quelques expériences existantes d'hospitalisation à domicile :

Des textes officiels récents nous invitent, de façon assez peu claire il est vrai, à la pratique des hospitalisations à domicile. Ainsi l'article 4 de la Loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière dit : "Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant".

Diverses expériences d'hospitalisation à domicile existent et sont reconnues depuis parfois de nombreuses années. Par exemple :

I - En médecine somatique :

. A Paris, l'hospitalisation à domicile de l'Assistante Publique, qui a débuté dès 1957 et qui correspond à un hôpital de mille lits.

. A Paris, "Santé Service" a été créé en 1961 par le Comité de la Seine de la Ligue nationale Française contre le Cancer, sous l'égide du Professeur Denoix. Cet organisme a signé des contrats avec plusieurs établissements hospitaliers. En 1970, plus de mille malades ont été suivis, ce qui représente près de 100.000 journées d'hospitalisation à domicile. Cet organisme comporte : une surveillante générale (par hôpital) en liaison avec le service médical ou chirurgical, le service social de l'hôpital, les surveillantes de secteur de Santé Service, des infirmières en relation avec le médecin de ville et le médecin hospitalier, des aides soignantes, des auxiliaires ménagères. Le personnel technique est motorisé.

Exemples de malades pris en charge par cet organisme : cancéreux, porteurs de reins artificiels, trachéotomisés, insuffisants respiratoires, cardiaques chroniques, cas post-chirurgicaux (urologie, néphrologie), malades de neuro-chirurgie, malades chroniques (diabétiques, obèses, hémiplégiques, paraplégiques, etc...).

- A Paris, l'expérience de l'Hôpital Bretonneau concernant les enfants par le Professeur Mande.
- A Paris, l'Association privée "L'hôpital à Domicile".
- A Dijon : "Centre Georges-François Leclerc".
- A Amiens : Association "Soins Service".
- A Bayonne, à Grenoble, à Lyon.

Il s'agit d'une continuation "hors les murs" de l'hospitalisation qui a eu lieu pour une maladie ou pour une intervention chirurgicale. Le traitement a été prescrit dans un établissement hospitalier par le médecin hospitalier et confié à la surveillance du médecin traitant habituel. Les soins sont dispensés par des infirmières, des soignants attachés à un organisme d'hospitalisation à domicile, lequel a passé contrat d'une part avec les établissements hospitaliers et d'autre part avec la Sécurité Sociale. L'hospitalisation à domicile bénéficie donc d'un prix de journée, mais beaucoup moins élevé que celui de l'hôpital. Ainsi l'hospitalisation à domicile permet, d'une part, de remettre le malade dans son milieu naturel tout en lui assurant des soins de qualité et en lui permettant une certaine prise en charge de lui-même, et d'autre part elle permet de contribuer à une réduction des dépenses dans le domaine de l'hospitalisation.

2 - En psychiatrie :

En médecine somatique on tente par l'hospitalisation à domicile d'apporter un confort psychologique à un malade, ce qui renforce l'efficacité des soins ; en psychiâtrie, on va plus loin, puisque aller voir le malade dans son milieu équivaut à aller voir au coeur de la pathologie et par conséquent il n'est plus question seulement d'aménager de bonnes conditions, mais d'entrer de plein pied dans les soins psychiâtriques.

- Dans le XIIIème, le Docteur Woodburry a animé une équipe d'hospitalisation à domicile. Une convention existe depuis 1966 pour un service d'Hospitalisation à Domicile auquel est associé un service d'urgence. Cette équipe prend en charge des malades en période difficile, l'ensemble du milieu familial et évite la chronicisation des troubles. En plus des visites à domicile, les malades sont invités à venir au Centre de Santé Mentale et à participer, seuls ou avec leurs familles à des groupes avec les soignants.

- Dans le XIIème, le Club du XIIème (animé par P. Paulin et J.C. Boucris) ayant débuté à partir d'un pavillon du Centre Psychothérapique des Murets (La Queue-en-Brie), a donné lieu à une expérience club-hospitalisation à domicile dans laquelle le contrat de prise en charge était signé par le malade ou la famille et par le club. Cette expérience s'est donnée un statut d'Association Loi de 1901 ; les soignants étaient employés par l'Association.

- Dans le VIIIème, en liaison avec Vaucluse, une Convention existe depuis 1970 instituant un service dit :"Unité Psychiâtrique de Soins Familiaux et d'Action à Domicile".

- Quant à nous, il nous est arrivé, assez spontanément, d'apporter à quelques demandes une réponse de type "soins intensifs ambulatoires". Mais devant l'absence de moyens (en

personnes, en temps, en finances, en statuts), ces expériences, bien que bénéfiques pour les malades, sont demeurées ponctuelles et quelque peu empiriques. Il nous est arrivé d'effectuer pour certains malades, des visites répétées, parfois auasi quotidiennes ; un groupe de deux ou trois personnes apportait ainsi à ces malades des soins intensifs, pendant une durée déterminée. Ces soins demandaient souvent au personnel mensualisé (infirmière, assistante sociale) de dépasser ses horaires, en même temps que le médecin utilisait son automobile personnelle. Le médecin vacataire est rémunéré pour chaque visite comme pour une consultation de deux heures (mais ces actes rémunérés sont limités : pour notre secteur, la DDASS accorde un pool de 50 visites à domicile chaque mois pour 7 médecins). Ces pratiques tiennent un peu de l'aménagement de la pénurie et d'un certain bénévolat qui, s'il a son intérêt dynamique pour faire débuter une expérience, ne doit pas être prolongé, car il risque alors de saborder la reconnaissance d'une technique et de permettre des perversions diverses.

-:-

REFLEXIONS A PROPOS DU FINANCEMENT D'UNE UNITE DE SOINS INTENSIFS AMBULATOIRES

-:-

Ainsi, faire exister une institution de soins intensifs ambulatoires pose le problème essentiel de la prise en charge financière, ce qui revient en définitive à poser le problème du financement de secteur. Si l'hôpital est pris en charge par la Sécurité Sociale qui accorde des prix de journée pour chaque malade, le secteur extra-hospitalier doit se contenter d'un budget de prévention accordé par la DDASS, financement bien maigre par rapport aux besoins.

Parallèlement et conséquemment au développement de l'activité extra-hospitalière de secteur, les hospitalisations se font plus courtes et moins nombreuses. L'hôpital psychiatrique se vide, il voit son budget diminuer, ce qui entraîne de grosses inquiétudes au niveau de l'administration et du personnel soignant.

En effet, bien que le nombre des malades diminue, l'hôpital, plus actif, a des frais accrus alors que le budget est déficitaire ; son "manque à gagner" étant en quelque sorte représenté par le nombre croissant de malades non hospitalisés parce que soignés à l'extérieur. Les soins de ces malades suivis en extra-hospitalier n'entraînent aucun remboursement

par les organismes payeurs habituels, pouvant ainsi apparaître comme gratuits. Cette gratuité des soins entraîne de graves inconvénients dans le sens d'un non-engagement au niveau des soignés comme au niveau des soignants. Au niveau de l'extra-hospitalier, le travail a largement dépassé l'action préventive et de postcure, il se fait maintenant un travail curatif essentiel appelant la création de nouvelles structures soignantes incompatibles avec un budget de prévention. Ainsi l'évolution des besoins et des nouvelles possibilités techniques ne cadre plus avec le mode de financement demeuré inchangé, et ce décalage va croissant, mettant en grave danger le développement de la psychiatrie de secteur. Pour les mêmes raisons, les infirmiers psychiatriques, ces "soignants de base" sans lesquels rien n'est possible, font cruellement défaut au niveau de l'extra-hospitalier.

Il apparaît donc nécessaire de reconsidérer le financement du secteur. Certains pensent que la Sécurité Sociale doit participer, cette participation peut se faire selon diverses modalités : financement global de secteur avec prix de journée de secteur forfaitaire, ou financement de la seule partie extra-hospitalière, ou prix de journée pour chaque unité de soins. D'autres proposent de faire participer plus directement la municipalité, les collectivités ; d'autres encore parlent de transformer le dispensaire en Centre de Santé à budget autonome.

Le prix de journée forfaitaire de secteur apparaît riche de possibilités : il permettrait de financer les diverses méthodes thérapeutiques structurées en unités de soins; par exemple : hospitalisation plein temps, hospitalisation de jour, hospitalisation de nuit, soins intensifs ambulatoires, consultations du dispensaire organisé en Centre de Soins, atelier protégé, foyer, etc...Ce prix de journée forfaitaire de

secteur permet une grande souplesse thérapeutique en permettant le passage aisé d'une unité de soins dans une autre pour chaque malade.

Chaque unité de soins aurait son budget propre, réadapté chaque année en fonction des besoins et des prévisions. Ainsi le budget global de secteur comporterait plusieurs parts "unités de soins" et une part prévention qui demeure pour une véritable activité de prévention : rencontres avec la population, les élus locaux, les collectivités locales, les organismes s'occupant de vieillards, d'enfants, etc...

Il importe pour l'efficacité d'un tel projet que les membres de l'équipe soignante participent à la maîtrise économique du secteur et donc qu'ils accèdent à des responsabilités de gestion et d'organisation. Dans cet esprit, la création d'un conseil de secteur autonome est souhaitable ; il comprendrait des membres de l'administration, des membres de l'équipe, des élus locaux.

Par exemple, en ce qui concerne le budget d'une unité de soins comme l'unité "Soins Intensifs Ambulatoires" : la prise en charge par la Sécurité Sociale s'effectuerait sur certificat médical sous certaines conditions : indication thérapeutique du médecin, accord du malade et de la famille, accord de l'organisme payeur (ayant signé une convention) et ceci pour une durée limitée obligatoirement, par exemple : un mois, renouvelable. Un tel projet permet des garanties pour les malades en ce qui concerne un traitement adapté au mieux et une protection de la personne (actuellement les garanties prévues par la Loi de 1838 n'existent pas en dehors de l'hôpital psychiâtrique) ; des garanties également pour les soignants en ce qui concerne la possibilité d'exercice d'un travail de qualité.

-:-

C O N C L U S I O N S

-:-

La visite au domicile du malade mental place le médecin dans une situation nouvelle, quelque peu anxiogène, il est loin des structures rassurantes, privé de ses attributs habituels, mais, grâce à cet angle nouveau, dépassant la notion de pathologie restreinte au seul individu, il peut approcher une autre dimension pathologique : celle qui passe par les proches, qui s'inscrit dans les lieux familiers. Ainsi, la visite à domicile constitue une voie d'abord particulière du malade mental, révélant certains aspects ignorés et offrant par là-même de nouvelles possibilités thérapeutiques.

La pratique des visites à domicile aux malades mentaux se développe peu à peu en même temps que les équipes soignantes s'efforcent d'obtenir les moyens leur permettant de mettre en oeuvre une véritable pratique psychiâtrique de secteur.

La politique de sectorisation vise à porter les soins sur les lieux mêmes où s'est développée la pathologie, dans la communauté d'origine du malade ; dans cet esprit la visite à domicile symbolise bien cet effort de mobilité et de disponibilité des soignants. Le travail à domicile favorise dans une large mesure l'insertion étroite de l'équipe dans la collectivité desservie, il contribue à diffuser dans la communauté une action de santé mentale.

On regroupe sous le vocable "visites à domicile" des démarches qui peuvent être très diverses dans leur signi-

fication thérapeutique : elles peuvent apporter des réponses de soins différentes et adaptées à diverses demandes. Les visites peuvent intervenir au niveau de la précure, de la cure ou de la postcure du malade, elles peuvent donc constituer une approche du malade à tous les moments de l'évolution. Il existe donc plusieurs types de visites à domicile : des visites d'intervention qui répondent à des états aigus ou suraigus, inaugurant le traitement d'urgence ; des soins intensifs ambulatoires qui interviendront à des moments subaigus ou chroniques, instituant un traitement d'attaque ; des visites de soutien qui répondront à certains états nécessitant un traitement d'entretien ou de postcure. Les indications apparaissent en rapport avec des symptômes, des comportements, des situations et donc à une certaine distance de la théorie nosographique et de ses classifications. Finalement, l'opportunité et les limites des visites ne peuvent être déterminées que pour chaque individu considéré, en fonction de sa personnalité, de son histoire, de son contexte socio-culturel, de son milieu familial.

Peut-être existe-t-il dans ce travail un certain nombre de contradictions qui sont le reflet d'une certaine ambitendance du psychiâtre public oscillant entre un rôle que lui assigne la société, qui est de médicaliser la ségrégation des sujets déviants rejetés par elle, et un rôle dicté par sa formation et sa vocation qui est de soigner et de tenter de soulager un sujet qui souffre.

Il est à souhaiter que les équipes soignantes sectorielles, plus proches des populations, mieux informées des besoins de soins, sauront se donner les moyens de réaliser une véritable politique de santé mentale de secteur, non pas celle qui est mort-née comme certains le disent déjà, mais celle qui devra se développer vers l'ouverture et la désaliénation.

-:-

Vu :

Le Président :

Signé : M. GAULTIER

Vu :

Le Doyen :

Signé : E. FOURNIER

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

-:-

des ouvrages cités et consultés

1. RAPPORT présenté par une équipe soignante de l'Hôpital Charcot à Plaisir :
"Les visites à domicile".
Colloque de Chambéry, inédit, mars 1973.

2. MAZURELLE G. (Directeur , La Roche-sur-Yon) :
"Journées de Chambéry. Rapport pour la table ronde du samedi après-midi. Problèmes administratifs et financiers posés par le travail des infirmiers à domicile".
inédit, 6 mars 1973.

3. BAILLON G.
"Projet d'élaboration d'un nouveau type de prise en charge des malades psychiatriques dans le nouveau cadre de la politique des secteurs créés par le règlement départemental et la convention de secteur" ;
inédit, 10 janvier 1973.

4. BAILLON G.
"Suite et fin à l'étude du 10 janvier. L'hospitalisation à domicile : abus de langage, et fin : la politique de secteur est mort-née".
inédit, 15 mars 1973.

5. BOUCRIS J.C.
"Le Club du XIIème. A propos du réseau spontané des relations du malade psychiatrique chronique dans la communauté".
Thèse soutenue à Grenoble le 26 janvier 1973.

6. AUBIN G.
" Les tâches d'une équipe sectorisée de santé mentale".
Actualités sociales hebdomadaires n°756, 4 déc.1970, p. 9-10.

7. AUBIN G.
"Quel champ pathologique l'hospitalisation à domicile peut-elle couvrir".
Actualités sociales hebdomadaires n°770, 12 mars 1971, p. 5-6.

8. GROLIER C.
"Traitement du groupe familial malade mental à domicile."
Actualités sociales hebdomadaires n° 868, 23 mars 1973, p. 9-10.

9. BAILLON G.
"Pour un financement du secteur."
inédit, 24 avril 1973.

10. CHAIGNEAU H .
"Prise en charge institutionnelle des sujets réputés schizophrènes."
Confrontations psychiatriques n°2, décembre 1968 , p. 157-171.

11. CHAIGNEAU H., KARAVOKYROS D., BAILLON G.
"Remémoration d'une équipe à propos d'une vingtaine de psychotiques."
Colloque international sur la psychose ; Paris, fév. 1972.

12. BOUSQUET PH.
"Domicile et psychiatrie ou rôle possible du psychiatre au domicile du malade mental dans la perspective du secteur."
inédit, décembre 1966.

13. BOUSQUET PH., HOURTON A.
"Le travail chez l'habitant."
L'information psychiatrique. Volume 49, n°4, avril 1973, p. 365-366.

14. MAZEL CH.
"Principes théoriques sur la thérapie familiale à l'aide d'un exemple pratique."
L'information psychiatrique. Volume 49, n°4, avril 1973, p. 362-364.

15. BONNAFE L.
"Sur le thème de médiation."
Discours de Genève. L'information psychiatrique. Volume 49, n°4, avril 1973, p. 291-295.

16. LAURENCEAU C.
"Inventaire des moyens psychiatriques existant en France."
L'information psychiatrique. Volume 48, n°10, décembre 1972, p. 975-980.

17. JAEGGI F.
"Réflexions sur la psychiatrie sociale."
L'information psychiatrique. Volume 48, n°6, juin 1972 p. 591-602.

18. HOCHMANN J., GALLE-TESSONNEAU J.R., et GUYOTAT J.
"Interventions psychiatriques au niveau d'immeubles."
Confrontations psychiatriques n°4 :"Aspects modernes de la psychiatrie".
Décembre 1969, p. 121-133.

19. CIOMPI L.
"L'évolution des maladies mentales préexistantes sous l'influence de la vieillesse".

Confrontations psychiâtriques N°5 : "Psychopathologie de la vieillesse " ; Avril 1970 ; p.113- 131.

20. RICHARD J., et CONSTANTINIDIS J.

"Les démences de la vieillesse, notions acquises et problèmes cliniques actuels".
Confrontations psychiatriques N°5 :
"Psychopathologie de la vieillesse", avril 1970, p. 39-61.

21. VILLA J.L.

"La prévention et l'assistance des troubles psychiques chez le vieillard."
Confrontations psychiatriques n°5 :
"Psychopathologie de la vieillesse". Avril 1970. p. 147-165.

22. BARROIS C.

"La relation thérapeutique avec l'alcoolique."
Confrontations psychiatriques n°8, "L'alcoolisme". 1972, p. 159-178.

23. BENDA PH.

"L'alcoolique dangereux et nous."
Confrontations psychiatriques n°8. "L'alcoolisme". 1972, p. 143-158.

24. ROELENS R.

"La prophylaxie des maladies mentales :
Le dispensaire d'Hygiène mentale."
Vie sociale et traitements (CEMEA) n°48, mai-juin 1964, p. 7-11.

25. HECQUET G.

"L'équipe thérapeutique et l'hospitalisation à domicile dans le XIIIème arrondissement."

Vie Sociale et traitements (CEMEA) N°65,
octobre-novembre 1967, p. 17.

26. Une équipe soignante (Service du Docteur H. VERMOREL).
"Les visites à domicile".
Vie Sociale et traitements (CEMEA) n°70, Octobre-Novembre 1968, p. 4-11.

27. PICARD F.
"La formation du psychiatre. Le développement du traitement psychiatrique à domicile".
Colloque de Florence, Vie Sociale et traitements (CEMEA) N° 74, Juillet-Août-Septembre 1969, p. 23.

28. FABIEN F.
"Le travail en milieu ouvert, ou hospitalisation à domicile."
Vie Sociale et traitements (CEMEA) N° 84,
Août-Septembre 1971, p. 4-5.

29. BROTHIER G., LAFOND B.
"La sectorisation."
Vie Sociale et traitements (CEMEA) N° 86,
décembre 1971 - janvier-février 1972, p. 14-17 et p.20.

30. Une équipe soignante de Blain, 44 (Service du Docteur GUILLE) :
"Soins à domicile et neuroleptique retard".
Vie Sociale et traitements (CEMEA) n° 88, Mai-juin-juil. 1972, p. 18.

31. DELAGE M. et les équipes de Montmorillon-Civray :
"Autour du secteur".
Vie Sociale et traitements (CEMEA) N°90, octobre-novembre 1972, p. 1-8.

32. PIGOT C.
"Soins à Domicile".

Revue de l'Infirmière 21 n°9, novembre 1971,
p. 893-896.

33. FOUCAULT M.
"Histoire de la folie."
10/18, Paris 1971.

34. RICHTER H.E.
"Psychanalyse de la famille."
Mercure de France. Paris 1971.

35. GIBRAN K.
"The prophet."
Editions Heinemann, Londres, 1926.

36. FREUD S.
"Der familienroman der neurotiker."
1909.

37. FREUD S.
"Inhibition, symptôme et angoisse."
Bibliothèque de psychanalyse. PUF, deuxième édition
revue en 1968.

38. Les entretiens de Rueil.
"Le médecin dans la cité."
19 avril 1972, Sandorama 30/31.

-:-

TABLE DES MATIERES

-:-

Pages

INTRODUCTION 7

CHAPITRE I

A propos de 10 observations de malades mentaux et de la place des visites à domicile au cours de leur histoire 11

CHAPITRE II :

Réflexions sur les différents types de visites à domicile, leur opportunité, leurs indications, leurs limites dans la prise en charge thérapeutique des malades mentaux adultes 81

CONCLUSIONS 119

BIBLIOGRAPHIE DES OUVRAGES CITES ET CONSULTES 123

-:-